

Rapport

Pakketadvies 2009

Op 3 april 2009 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **274**

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

28083042

Afdeling

Pakket

Auteurs

Marianne den Haan en Johan de Wit

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 97

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website
(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer
(020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting	
1	1. Integraal Pakketbeheer	
1	1.a. Inleiding	
3	1.b. Dynamiek van het pakket	
4	1.c. Adviezen en standpunten	
5	1.d. Standpunt VWS op Pakketadvies 2008	
5	1.e. Leeswijzer	
6	2. Ontwikkelingen in Pakketbeheer	
6	2.a. Inleiding	
6	2.b. Ontwikkelingen in pakketbeheer	
7	2.c. Doorlichting van het pakket: de Pakketscan	
7	2.d. Pakketagenda 2009-2010	
9	3. Ontwikkelingen in de zorg	
9	3.a. Inleiding	
9	3.b. Zorginnovatie	
9	3.b.1. Inleiding	
9	3.b.2. Zorginnovatiewijzer	
12	3.b.3. Relatie Zorginnovatiewijzer en Zorginnovatieplatform	
13	3.b.4. Innovaties van intramurale zorg	
14	3.b.5. Enkele voorbeelden	
14	3.c. Toekomst AWBZ	
16	3.d. Gepast gebruik	
16	3.d.1. Inleiding	
17	3.d.2. Richtlijnontwikkeling en -implementatie	
18	3.d.3. Verkleinen schottenproblematiek	
19	3.d.4. Chronisch zieken: ontwikkelingen in de zorg	
21	3.d.5. De rol van verzekeraars in gepast gebruik	
22	3.e. Preventie	
23	4. Adviezen	
23	4.a. Inleiding	
23	4.b. Instroomadviezen	
24	4.c. Geen instroom	
24	4.d. Uitstroomadviezen en nadere voorwaarden	
26	4.e. Systemadviezen	
30	5. Standpunten	
30	5.a. Inleiding	
30	5.b. Belang van standpunten	
30	5.c. Een standpunt en dan?	

31	5.d. Standpunten CVZ: te verzekeren zorg
40	5.e. Standpunten CVZ: geen te verzekeren zorg
41	5.f. Chronische lijst fysiotherapie
43	6. Financiële gevolgen adviezen en standpunten
44	7. Reacties belanghebbende partijen
44	7.a. Geconsulteerde partijen
45	7.b. Algemene reacties
47	7.c. Reacties op specifieke adviezen
50	8. Adviescommissie Pakket
52	9. Besluit CVZ

Bijlage(n)

1. Overzicht pakket 2009
2. Afkortingenoverzicht
3. Ledenlijst Adviescommissie Pakket
4. Overzicht adviezen en standpunten
5. Overzicht ontvangen reacties bestuurlijke consultatie met reactie CVZ

Samenvatting

Verantwoord pakket

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) maakt het mogelijk dat iedereen toegang heeft tot een betaalbaar basispakket dat voorziet in de gezondheidszorg die noodzakelijk is.

Het basispakket kent een uitgebreide dekking voor de gevolgen van gezondheidsproblemen. Met zijn advisering over de gehele breedte van het pakket zorgt het CVZ voor een verantwoord basispakket voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daaronder verstaat het CVZ een pakket voor nu en in de toekomst dat berust op een balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat.

Adviezen en standpunten

Het Pakketadvies 2009 is een bundeling van nieuwe en al uitgebrachte adviezen en standpunten op het terrein van de Zvw en de AWBZ. Adviezen en standpunten over (de reikwijdte van) de te verzekeren prestaties leiden tot een verantwoord pakket waarvan gepast gebruik wordt gemaakt. Daarom adviseert het CVZ niet alleen over toelating van nieuwe interventies, maar ook over de mogelijke uitstroom van reeds opgenomen interventies.

Gepast gebruik

Onder gepast gebruik verstaat het CVZ dat de verzekerde recht heeft op de zorg die gezien de gestelde indicatie in zijn situatie is aangewezen: niet meer, maar ook niet minder. Alleen deze zorg zou vergoed moeten worden vanuit zorgverzekering of AWBZ. Deze zorg is therapeutisch gezien kwalitatief de beste zorg. Er vindt geen onderbehandeling maar ook geen overbehandeling plaats.

Het CVZ heeft eerder aangegeven dat het moeilijk te accepteren is dat, gezien de financiële kaders, kritisch gekeken moet worden naar de omvang van het pakket als door middel van gepast gebruik is nog veel winst te behalen, zowel in kwalitatieve als financiële zin. Omdat gepast gebruik in meerdere adviezen en standpunten terugkomt, besteedt het CVZ in dit advies aandacht aan de diverse ontwikkelingen die hieraan een bijdrage kunnen leveren en de rol van de verschillende partijen daarbij. Het CVZ heeft het onderwerp gepast gebruik geprioriteerd in de Pakketagenda 2009-2010. Andere thema's die het CVZ in dit Pakketadvies nader belicht zijn: innovaties in de zorg, de toekomst van de AWBZ en preventie.

Pakketprincipes

Leidend bij de beoordeling of zorg in het pakket moet worden opgenomen of moet uitstromen is de toetsing aan de vier pakketprincipes noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Het CVZ heeft het beoordelingskader zoals gepresenteerd in *Pakketbeheer in de*

*praktijk*¹ verder verfijnd en transparant gemaakt met de publicatie van *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*², het *Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg*³ en het *rapport Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden*⁴.

Instroom

Het CVZ adviseert om de volgende zorgvorm op te nemen in de Zvw:

- Het mandibulair repositie apparaat (MRA) voor de behandeling van lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is. Als de minister besluit het advies van het CVZ over de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel over te nemen, is over de MRA geen aparte besluitvorming nodig.

Geen instroom

Verder adviseert het CVZ de volgende zorgvormen niet aan te merken als een te verzekeren prestatie:

- voorzieningen voor de bedekking van het hoofd anders dan haarwerken, zoals petten, mutsen en de mutssjaal (combinatie van muts en sjaal). Het CVZ is van oordeel dat deze voorzieningen én algemeen gebruikelijk (d.w.z. gemeengoed) en financieel toegankelijk zijn.

Uitstroom

Al eerder heeft het CVZ geadviseerd om alle geneesmiddelen met acetylcysteïne als enige werkzame stof te verwijderen uit het geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

Systeemadviezen

Verder geeft het CVZ in dit Pakketadvies een aantal adviezen om de zorgverzekeringen te kunnen laten functioneren zoals beoogd, de zogenoemde systeemadviezen. Het betreft:

- het in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschrijven van de te verzekeren prestaties prothesen en de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel;
- de overheveling van de somatische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zvw;
- het nader definiëren van de begrippen 'poging' en 'doorgaande zwangerschap' bij in-vitrofertilisatie;
- het in overleg met de ministeries van OCW en SZW nagaan hoe de toegankelijkheid van ICT-hulpmiddelen voor dyslectici kan worden verbeterd.

Al eerder bracht het CVZ de volgende systeemadviezen uit:

- opname van geneesmiddelen bij vruchtbaarheidsbehandeling I.O. en I.U.I.;

¹ CVZ. Rapport pakketbeheer in de praktijk. Diemen, 2006. Publikatienummer 06/245

² CVZ. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2006. Publikatienummer 07/254

³ CVZ. Rapport beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Diemen, 2008. Publikatienummer 08/258

⁴ CVZ. Rapport Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. Diemen, 2008, Publikatienummer 08/268

- vergoeding van kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik;
- nadere voorwaarden geneesmiddelen bij pulmonale arteriële hypertensie:
- nadere voorwaarden benzodiazepinen.

Standpunten

Het CVZ neemt in dit Pakketadvies over de volgende onderwerpen het standpunt in of deze zorgvormen tot de te verzekeren prestaties behoren op grond van de wet- en regelgeving, inclusief de stand van de wetenschap en praktijk.

Te verzekeren prestatie

Het CVZ heeft geoordeeld dat de volgende zorgvormen, geheel of gedeeltelijk, tot de te verzekeren prestaties behoren:

- preconceptiezorg;
- begeleiding bij het stoppen met roken;
- epilatie bij transseksuelen;
- zorg verleend door orthoptisten en optometristen;
- het Hanen-ouderprogramma voor het verbeteren van de spraaktaalontwikkeling van jonge kinderen;
- cognitieve gedragstherapie Beating the Blues;
- preventie van depressie
- vroege interventie arbeidsrevalidatie;
- oncologische revalidatie;
- kosten overplaatsing apparatuur op nieuwe rolstoel;
- aan- en uittrekhulpen voor elastische kousen in relatie tot AWBZ-zorg;
- de eenmalige extra aansluitkosten van een analoge telefoonlijn indien alarmeringsapparatuur zonder een dergelijke telefoonlijn niet adequaat functioneert;
- diagnostiek en behandeling van OSAS bij volwassenen;
- hyperbare zuurstoftherapie;
- behandeling osteotomie en orthodontie
- preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie;
- preventie van diabetes:
- manuele fysiotherapie.

Geen te verzekeren prestatie

De volgende zorgvormen behoren *niet* tot de te verzekeren prestaties:

- ballonkyphoplastiek voor de behandeling van symptomatische compressie wervelfracturen;
- percutane transforaminale endoscopische discectomie bij lumbale hernia nuclei pulposi;
- multifocale en accommoderende lenzen na cataractoperatie;
- oefen- en ontspanningstherapie door fysiotherapeuten ter behandeling van angststoornissen;
- verhuiskosten bij thuisdialyse als korter dan 7 jaar geleden een woningaanpassing voor thuisdialyse heeft plaatsgevonden, tenzij er belangrijke redenen voor verhuizing zijn;

- preventie GGZ voor kinderen van ouders met psychische problemen en mantelzorgers;
- manuele geneeskunde.

Autonome kostenontwikkeling

De autonome zorguitgaven zullen, onder meer door demografische, medische en technologische ontwikkelingen, in de periode van 2007 tot en met 2009 met € 3,8 miljard euro toenemen. Dit is een stijging van ongeveer 7,2% (bron: Rijksbegrotingen 2009 – zie ook bijlage 1).

Financiële gevolgen adviezen CVZ

De adviezen die het CVZ in dit Pakketadvies presenteert, leiden per saldo tot een toename van de kosten met ruim € 4 miljoen. Het gaat om de volgende adviezen en kosten:

- de structurele kosten van het advies om het mandibulair repositie apparaat aan te merken als een te verzekeren prestaties bedragen op jaarbasis € 3,7 miljoen. Als gevolg van een inhaalvraag zullen de kosten in de eerste jaren waarschijnlijk hoger liggen.
- de kosten van de geadviseerde verhoging van het maximum vergoedingsbedrag voor haarwerken bedrag op jaarbasis circa € 2 miljoen.
- het advies over de opname van geneesmiddelen bij de vruchtbaarheidsbehandelingen I.O. en I.U.I. leidt op jaarbasis tot een kostentoeename van € 5,5 miljoen.
- Het uitstroomadvies over de acetylcysteïne levert een vermindering van de kostengroei in de Zvw op van € 7 miljoen.

1. Integraal Pakketbeheer

1.a. Inleiding

CVZ: pakketbeheerder	Voor u ligt het Pakketadvies 2009. In dit Pakketadvies presenteert het CVZ zijn adviezen en standpunten tegen de achtergrond van ontwikkelingen in de zorg en in het pakketbeheer. Het bevat nieuwe adviezen over de inhoud en inrichting van het pakket van te verzekeren zorg. Daarnaast is een overzicht opgenomen van de adviezen die het CVZ heeft uitgebracht sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2008.
Adviezen	Verder heeft het CVZ voor een aantal interventies/zorgvormen bepaald in hoeverre zij tot de te verzekeren prestaties moeten worden gerekend door het innemen van standpunten. Dat is mede van belang voor de zorgverzekeraars, die in verband met het opstellen van hun polissen voor 2010 vóór 1 juli moeten weten hoe het wettelijk te verzekeren pakket er voor dat jaar uitziet.
Standpunten	
Verantwoord pakket	Met zijn advisering over de gehele breedte van het pakket streeft het CVZ naar een verantwoord basispakket voor de Zvw en de AWBZ. Onder een verantwoord pakket verstaat het CVZ een pakket voor nu en in de toekomst dat berust op een balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat.
Pakketprincipes	Bij de beoordeling van interventies en zorgvormen, inclusief genees- en hulpmiddelen, zijn de vier pakketprincipes leidend. Bij de toepassing van deze principes beantwoordt het CVZ de volgende vragen: <ol style="list-style-type: none">1. Noodzakelijkheid: rechtvaardigt de ziekte, beperkingen of benodigde zorg een claim op de solidariteit, gegeven de culturele context?2. Effectiviteit: Is de desbetreffende interventie of zorgvorm effectief en doet deze wat ervan mag worden verwacht?3. Kosteneffectiviteit: is de verhouding tussen kosten en baten van de interventie of zorgvorm acceptabel?4. Uitvoerbaarheid: is het nu en in de toekomst houdbaar om de interventie of zorgvorm op te nemen in het te verzekeren pakket?
Integrale beoordeling, tenzij	Bij een beoordeling weegt het CVZ de antwoorden op deze vragen integraal, tenzij op voorhand duidelijk is dat het antwoord op één van deze vragen doorslaggevend is voor het uiteindelijke oordeel. Als het CVZ bijvoorbeeld van oordeel is dat een interventie of zorgvorm niet effectief is, vindt geen toetsing aan de andere pakketprincipes plaats. Dit geldt ook in het geval dat een interventie of zorgvorm naar het oordeel van het CVZ niet voldoet aan het pakketprincipe noodzakelijkheid, bijvoorbeeld omdat deze zorg algemeen gebruikelijk en financieel toegankelijk is.

<i>Ontwikkelingen in pakketbeheer</i>	In hoofdstuk 2 besteedt het CVZ aandacht aan de ontwikkeling die het pakketbeheer heeft doorgemaakt sinds het verschijnen van het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk' in 2006. Het gaat zowel om de cyclus van pakketbeheer als om een verdere uitwerking van de pakketprincipes.
<i>Inhoud, kosten en financiering</i>	Startpunt voor pakketbeheer is het basispakket 2009, de kosten en de financiering ervan. In bijlage 1 treft u een overzicht aan van de te verzekeren zorg 2009 en de wijzigingen hierin ten opzichte van 2008.
<i>Consistente beoordeling</i>	De inrichting van de wet- en regelgeving leidt ertoe dat de beoordeling van zorgvormen op verschillende manieren plaatsvindt. Er zijn verschillen tussen de inrichting van de Zvw en de AWBZ, maar ook tussen genees- en hulpmiddelen ((deels) gesloten omschrijving) en overige zorgvormen (open omschrijving). Het CVZ zorgt er ondanks die verschillen voor dat een consistente beoordeling plaatsvindt conform de pakketprincipes.
<i>'Automatische instroom' en beoordelen</i>	<p>Voor geneeskundige zorg geldt dat nieuwe behandelmethoden automatisch deel uitmaken van het basispakket, als het gaat om zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden en als die zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als hierover onduidelijkheid bestaat, doet het CVZ richtinggevende uitspraken, ook wel standpunten of duidingen genoemd. Voor geneesmiddelen en ook voor het merendeel van de hulpmiddelen is limitatief opgesomd wat de te verzekeren prestaties zijn. Nieuwe geneesmiddelen moet het CVZ in principe altijd beoordelen voordat deze voor vergoeding in aanmerking komen. Dit geldt ook voor de limitatief omschreven hulpmiddelen. Voor hulpmiddelen-categorieën die functiegericht zijn omschreven geldt dat hulpmiddelen die onder die omschrijving zijn te scharen automatisch deel uitmaken van de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg als zij voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.</p> <p>Wel kan het CVZ op basis van de pakketprincipes adviseren een bepaalde zorgvorm die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk expliciet uit te sluiten.</p>
<i>Bronnen</i>	Het CVZ beoordeelt op verzoek van het ministerie van VWS en andere partijen, zoals fabrikanten, wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, zorgaanbieders, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en zorgverzekeraars, zorginterventies ten behoeve van eventuele opname in het pakket of het CVZ neemt standpunten in of zorg tot de te verzekeren prestatie behoort.

Daarnaast heeft het CVZ een tweejaarlijkse pakketagenda met thema's en onderwerpen waarbij het CVZ proactief zorg beoordeelt op in- of uitstroom met als doel de minister te adviseren over een verantwoord pakket. Tenslotte kan het CVZ adviezen uitbrengen gericht op het goed functioneren van het systeem van zorgverzekeringen, de zogenoemde systeemadviezen.

1.b. Dynamiek van het pakket

Innovatie

Welke factoren zijn nu bepalend om standpunten en adviezen op te stellen die moeten bijdragen aan een verantwoord pakket? Er zijn vier factoren die een belangrijke rol spelen:

1. Vernieuwingen in de zorg. In de dagelijkse praktijk ontwikkelen zich nieuwe zorginterventies, diagnostische methoden, genees- en hulpmiddelen, of nieuwe organisatievormen. Als deze effectief blijken, behoren deze of automatisch tot de te verzekeren zorg (bij open omschrijving), ofwel het CVZ adviseert de minister over de opname ervan in het pakket (bij gesloten omschrijving). In het laatste geval beoordeelt het CVZ de interventie aan de vier pakketprincipes.

Gepast gebruik

2. Het belang dat verzekerden de juiste (effectieve) zorg ontvangen (gepast gebruik). Daar is vaak nog veel kwaliteit en doelmatigheid te behalen. De doelmatigheid draagt bij aan de financiële ruimte voor de vernieuwingen. Richtlijnen en zorgstandaarden faciliteren het gepast gebruik. Het CVZ beoordeelt daarbij of zorg voldoet aan de maatstaven die internationaal gehanteerd worden voor de effectiviteit.

Maatschappelijke ontwikkelingen

3. Maatschappelijke ontwikkelingen, zoals het steeds grotere belang dat we hechten aan preventie, met name bij de belangrijkste chronische ziekten, vinden hun weerslag op het pakketbeheer. Wat zit er al aan preventie in het pakket en maken mensen met een hoog risico op deze ziekten hier ook gebruik van?. Een ander maatschappelijk vraagstuk dat cliënten, zorgaanbieders, overheid en politiek al geruime tijd bezig houdt, is de toekomst van de AWBZ. Hoe zorgen wij ervoor dat kwetsbare mensen, zoals chronisch zieken, gehandicapten en oude mensen kwalitatief goede zorg krijgen en de solidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond overeind blijft.

Signalen uit de praktijk

4. Signalen uit de uitvoeringspraktijk dat onduidelijk is of iets nu wel of niet tot de te verzekeren zorg behoort. Het gaat hierbij om de grenzen van het pakket, de afbakening met aanpalende terreinen, zoals ondermeer de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO), regelgeving op het gebied van onderwijs, arbeid en preventie (Wet Publieke Gezondheid).

1.c. Adviezen en standpunten

Uit het voorgaande volgt dat dit rapport drie soorten deelproducten bevat.

Adviezen over in- en uitstroom

Ten eerste bevat het *adviezen* aan de minister van VWS om:

- interventies of onderdelen van zorg op te nemen in het te verzekeren pakket;
- interventies of onderdelen van zorg niet te laten instromen in het pakket;
- interventies te verwijderen uit het te verzekeren pakket;
- nadere voorwaarden te verbinden aan de vergoeding van interventies of onderdelen van zorg.

Systeemadviezen

Ten tweede omvat het *systeemadviezen* ter bevordering van het goed functioneren van de zorgverzekeringen. Het gaat om:

- adviezen aan de minister om wet- of regelgeving aan te passen, zonder dat het direct om in- of uitstroom gaat (hieronder vallen ook adviezen die herschikking tussen Zvw en AWBZ betreffen);
- adviezen aan de NZa, zorgverzekeraars en aanbieders van zorg ten behoeve van het goed functioneren van de uitvoeringspraktijk.

Standpunten

Ten derde omvat dit rapport een selectie van *standpunten* van het CVZ over de vraag of interventies op grond van de wet- en regelgeving inclusief stand van de wetenschap en praktijk, behoren tot de te verzekeren prestaties Zvw of aanspraken AWBZ.

Selectiecriteria

Alle standpunten die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2008 heeft ingenomen, zijn opgenomen in bijlage 4. Een deel van de standpunten is nader toegelicht in hoofdstuk 5 van dit rapport. Het gaat dan om standpunten die:

- zijn opgenomen in de Pakketagenda 2007-2008;
- een grote budgettaire impact hebben;
- bijdragen aan gepast gebruik (zie hoofdstuk 3.d.);
- bijdragen aan duidelijkheid over het onderwerp (veel vragen over);
- aanleiding geven tot een vervolgadvis vanwege de maatschappelijke implicaties ervan (bijvoorbeeld ethische consequenties en uitvoerbaarheid).

Deelrapport Hulpmiddelenzorg

De adviezen en standpunten op het terrein van de hulpmiddelenzorg zijn gebundeld in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. Dit deelrapport is onderdeel van het Pakketadvies. Met de afzonderlijke publicatie van het deelrapport Hulpmiddelenzorg komt het CVZ tegemoet aan de wens van bij deze zorg betrokken partijen om een totaaloverzicht van de adviezen en standpunten op gebied. In dit Pakketadvies zijn de adviezen en standpunten op hulpmiddelengebied kort samengevat.

1.d. Standpunt VWS op Pakketadvies 2008

Adviezen overgenomen

Per brief van 20 juni 2008 heeft de minister van VWS zijn standpunt over het Pakketadvies 2008 en het deelrapport Hulpmiddelenzorg aan de leden van de Tweede Kamer gezonden. De minister heeft de instroom-, uitstroom- en systeemadviezen bijna volledig overgenomen. Het gaat onder meer om het als te verzekeren prestatie in het pakket opnemen van de behandeling van ernstige dyslexie van kinderen die op 1 januari 2009 zeven en acht jaar zijn en het schrappen van de slaap- en kalmeringsmiddelen (met uitzondering van enkele indicaties) en de aan de functiebeperking aangepaste stoel voor zover de aanpassing uitsluitend uit een sta-opmechanisme bestaat

Richtlijnen beroepsgroep

Alleen aan het advies over de aanpassing van de nadere voorwaarden voor de vergoeding van cholesterolverlagende middelen geeft de minister een andere invulling dan het CVZ. De minister heeft besloten de aanspraak te baseren op de richtlijn van de beroepsgroep. Overigens blijkt dat veel verzekeraars bij de verwerking van het standpunt van de minister in hun polissen, elementen van de zienswijze van het CVZ opnemen.

1.e. Leeswijzer

Indeling rapport

Na deze inleiding leest u in hoofdstuk 2 over de verschillende ontwikkelingen op het terrein van pakketbeheer. Een aantal maatschappelijke ontwikkelingen passeert de revue in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 zijn de adviezen om een interventie op te nemen, niet op te nemen of te verwijderen samengevat. Ook geeft het CVZ in dat hoofdstuk een aantal systeemadviezen weer. Hoofdstuk 5 bevat de standpunten die het CVZ heeft ingenomen over wat tot de te verzekeren zorg behoort. In de bijlagen bij dit rapport treft u de afzonderlijke standpunten en adviezen aan met een uitgebreide onderbouwing. In hoofdstuk 6 gaat het CVZ in op de financiële consequenties van de adviezen en standpunten. De van belanghebbende partijen ontvangen reacties behandelt het CVZ in hoofdstuk 7, terwijl in hoofdstuk 8 het oordeel over de Adviescommissie Pakket is opgenomen. In hoofdstuk 9 komt het CVZ tot een besluit.

Bijlagen

In bijlage 1 treft u aan een overzicht van te verzekeren zorg, de zorguitgaven en -financiering. Bijlage 2 geeft een overzicht van de in dit rapport gebruikte afkortingen en in bijlage 3 is de samenstelling van de Adviescommissie Pakket opgenomen. In bijlage 4 vindt u een overzicht van de adviezen en standpunten. De van belanghebbende partijen ontvangen reacties uit de bestuurlijke consultatieronde en het antwoord van het CVZ daarop, treft u aan als bijlage 5.

2. Ontwikkelingen in Pakketbeheer

2.a. Inleiding

Cyclische benadering

In het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk' beschreef het CVZ zijn pakketbeheercyclus en operationaliseerde hij de vier pakketprincipes. Met deze cyclische benadering is gekozen voor een volgorde van signaleren, beoordelen en evalueren. Het doorlopen van de pakketbeheercyclus en het toepassen van de pakketprincipes mondt uit in adviezen en standpunten. In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan hoe het CVZ de cyclus van pakketbeheer verder heeft ontwikkeld. Enerzijds gaat het om de manier waarop het CVZ de pakketcriteria toepast en anderzijds om de tweejarige pakketagenda en om een nieuw product binnen de cyclus, namelijk de pakketscan.

Verantwoord pakket

Het CVZ voert zijn pakketbeheertaak uit in een maatschappelijk krachtenveld. Het moet daarbij belangen van verschillende partijen tegen elkaar afwegen. Het CVZ stelt daarbij een verantwoord pakket voor burger en samenleving centraal.

Onder een verantwoord pakket verstaat het CVZ: *'een pakket voor nu en in de toekomst dat berust op de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid en waarvoor maatschappelijk draagvlak bestaat'*. Bij een verantwoord pakket is er sprake van een balans tussen deze drie publieke randvoorwaarden.

2.b. Ontwikkelingen in pakketbeheer

Methodiek

Het pakketadvies 2009 is grotendeels gebaseerd op het beoordelingskader zoals dat is beschreven in 'Pakketbeheer in de praktijk'⁵. Hierin geeft het CVZ aan dat het de pakketcyclus en het beoordelingskader verder zal uitwerken. Sinds het verschijnen van 'Pakketbeheer in de praktijk' heeft het CVZ ervaring opgedaan met het beoordelen van zorgvormen en op basis daarvan de beoordelingskaders en het beoordelingsproces verder uitgewerkt. Dit is neergelegd in de rapporten 'Beoordeling Stand van de wetenschap en praktijk'⁶ en het 'Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg'⁷, waarover het CVZ heeft bericht in het Pakketadvies 2008. In november 2008 heeft het CVZ het rapport 'Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden'⁸ uitgebracht. In dat rapport gaat het CVZ in op vragen die rijzen over de interpretatie van het criterium 'plegen te bieden' zoals in de Zvw artikel 2.4, lid 1 Besluit zorgverzekering is geformuleerd. Dit criterium bepaalt, naast andere wettelijke criteria, voor een aantal zorgvormen de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties.

⁵ CVZ. Rapport pakketbeheer in de praktijk. Diemen 2006. Publikatienummer 06/245

⁶ CVZ. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen 2006. Publikatienummer 07/254

⁷ CVZ. Rapport beoordelingskader hulpmiddelenzorg. Diemen 2008. Publikatienummer 08/258

⁸ CVZ. Rapport betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. Diemen 2008. Publikatienummer 08/268

Pakketbeheer in de praktijk: 2 jaar later

Later dit jaar brengt het CVZ het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk: 2 jaar later' uit. Dat rapport gaat in op de visie van het CVZ op pakketbeheer in relatie tot het wettelijke kader en de verhouding tot de belanghebbende partijen. Daarnaast laat het aan de hand van concrete producten zien hoe het CVZ heeft gebouwd aan de pakketbeheercyclus. Ten slotte zet het CVZ in dat rapport uiteen hoe het de pakketbeoordelingsmethodiek verder heeft uitgewerkt.

2.c. Doorlichting van het pakket: de Pakketscan

Toereikendheid en toegankelijkheid

Met het uitvoeren van doorlichtingsonderzoeken, ook wel pakketscans genoemd, licht het CVZ op een systematische manier het hele pakket aan te verzekeren zorg door. Centraal bij een doorlichtingsonderzoek staat de vraag in hoeverre het te verzekeren pakket toereikend en toegankelijk is. In een doorlichtingsonderzoek vergelijken we de te verzekeren zorg, de zorgvraag en het zorgaanbod met elkaar. Op die manier ontstaat een actueel beeld van het functioneren van het te verzekeren pakket, zowel in theorie (toereikendheid) als in praktijk (toegankelijkheid).

Pakketscan diabetes

Op 14 juli 2008 bracht het CVZ de Pakketscan diabetes uit aan de minister van VWS. Uit deze pakketscan blijkt dat de zorg op het gebied van diabetes in grote lijnen toereikend en toegankelijk is. Een tweetal signalen over mogelijke knelpunten heeft het CVZ opgenomen in de Pakketagenda 2009-2010. Het CVZ doet nader onderzoek naar een signaal over problemen met de vergoeding en financiering van voetzorg. Aan het feit dat vrouwen en allochtonen minder vaak dan autochtonen en mannen de diabeteszorg krijgen die zij nodig hebben, gaat het CVZ aandacht besteden in het kader van het project Gepast Gebruik.

Voor 2009 en 2010 heeft het CVZ doorlichtingsonderzoeken voor de volgende ziektebeelden geagendeerd: depressie, coronaire hartziekten, dementie en COPD.

2.d. Pakketagenda 2009-2010

Drie thema's

Op 17 november 2008 heeft het CVZ de Pakketagenda 2009-2010 vastgesteld. De omvang en complexiteit van het pakket maken het noodzakelijk om keuzen te maken bij de inzet van mensen en middelen. De pakketagenda is leidend bij het maken van die keuzen en geeft inhoudelijk richting en structuur aan het pakketbeheer van het CVZ. De agenda benoemt de thema's waar het CVZ zich de komende jaren op zal richten.

Het CVZ benoemt in de Pakketagenda een aantal duidelijke ontwikkelingen van het verzekerde pakket, die als thema zijn opgenomen op de pakketagenda.

Het betreft:

- Ruimte maken voor innovatie;

- Een vraaggericht pakket;
- Zorg in de eigen omgeving.

Integraal beeld

De pakketagenda geeft een integraal beeld van de voorgenomen pakketbeheeractiviteiten van het CVZ. Daarom zijn ook de werkzaamheden opgenomen die niet direct zijn te rangschikken onder één van de drie thema's. Daartoe behoren onder meer de beoordeling van genees- en hulpmiddelen, het innemen van standpunten, onder meer bij verstrekkingen- en indicatiegeschillen, en het uitbrengen van uitvoeringstoetsen op verzoek van de minister van VWS.

3. Ontwikkelingen in de zorg

3.a. Inleiding

Voor het pakketbeheer zijn de volgende ontwikkelingen van belang:

Vier ontwikkelingen

- Zorginnovatie;
- Toekomst van de AWBZ;
- Preventie;
- Gepast gebruik.

Het gaat hier om thema's die terugkomen in diverse adviezen en standpunten die zijn opgenomen in de hoofdstukken 4 en 5 van dit advies.

Dat het CVZ groot belang aan deze thema's hecht, blijkt uit het feit dat deze ook zijn opgenomen in de Pakketagenda 2009-2010.

3.b. Zorginnovatie

3.b.1. Inleiding

Innovatie aan de orde van de dag

Medische, technologische en organisatorische innovaties zijn ook in de zorg aan de orde van de dag. Enerzijds bieden innovaties de mogelijkheid om aan de veranderende zorgvraag van de burger tegemoet te komen en kunnen van invloed zijn op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het te verzekeren pakket. Anderzijds zijn innovaties ingegeven door bedrijfseconomische uitgangspunten om in de toekomst marktaandeel te behouden en/of uit te breiden. Het CVZ, en ook andere partijen in de zorg, hebben in het verleden meermalen aandacht gevraagd voor het feit dat veelbelovende innovaties moeilijk tot het te verzekeren pakket weten door te dringen. Eén van de oorzaken hiervan is dat het te verzekeren pakket moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Innovaties moeten bewijzen hieraan te voldoen. Het ontbreekt (een aantal) innovatoren aan middelen om adequaat onderzoek naar de (kosten)effectiviteit uit te voeren. Het besef dat innovaties een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de uitdagingen waar de zorgsector voor staat, is voor het ministerie van VWS aanleiding geweest om de Zorginnovatie-wijzer en het Zorginnovatieplatform in te stellen. Het CVZ heeft het thema 'Ruimte maken voor innovatie' geprioriteerd in de Pakketagenda 2009-2010.

3.b.2. Zorginnovatiewijzer

Samenwerkingsverband NZa, ZonMw en CVZ

De Zorginnovatiewijzer is een samenwerkingsverband tussen NZa, ZonMw en CVZ met het doel om:

- *door samenwerking* een betere voorlichting over en benutting van de al bestaande mogelijkheden voor zorginnovaties te bewerkstelligen;

- *door samenwerking* te komen tot een aaneensluitende en gezamenlijke behandeling en afhandeling van de aanvraag;
- eerder een uitspraak te kunnen doen of een zorginnovatie wel of geen verzekerde zorg is en/of een toegesneden financieringstitel toe te kennen waardoor een beter klimaat bestaat voor uitrol van zorginnovaties;
- hiaten in het systeem van verzekering en/of van bekostiging te onderkennen waardoor zorginnovaties vroegtijdig stranden en de minister te adviseren hoe deze hiaten weg te werken.

Balans tussen zorgvraag en nieuwe zorgvormen

De Zorginnovatiewijzer is een verdere uitwerking van het rapport van ZonMw en het CVZ over tijdelijke toelating van veelbelovende innovaties tot het pakket⁹. Daarin stellen ZonMw en CVZ dat het te verzekeren pakket van de zorgverzekering en de AWBZ passend moet zijn: actueel, optimaal samengesteld en betaalbaar. Dit betekent dat voortdurend moet worden nagegaan wat de zorgvraag is en welke maatschappelijke ontwikkelingen deze zorgvraag beïnvloeden. Er moet een balans zijn tussen deze zorgvraag en nieuwe zorgvormen. Daarbij spelen effectiviteit en kosteneffectiviteit een belangrijke rol, waarvoor onderzoek nodig is. Voor het verkrijgen van die benodigde gegevens moet de desbetreffende zorginnovatie zijn toepassing kunnen vinden (c.q. gefinancierd kunnen worden).

Gebleken is, dat het zorgveld belemmeringen ervaart bij het toelaten van zorginnovaties tot het pakket van de zorgverzekering of de AWBZ. Binnen de gezondheidszorg bestaan verschillende publieke en private regelingen die innovatoren de mogelijkheid geven de veelbelovende zorginnovatie breed toe te passen. Via onderzoek kunnen voldoende gegevens worden verzameld om een beslissing te kunnen nemen over het al dan niet toelaten tot het pakket van de Zvw of de AWBZ. Het CVZ en ZonMw hebben echter vastgesteld dat een aantal innovatoren de weg in deze regelingen niet (goed) kent, waardoor bepaalde veelbelovende zorginnovaties hun weg naar het verzekerde pakket niet vinden.

Zorginnovatiewijzer wijst de weg

De Zorginnovatiewijzer verwijst zorginnovatoren naar de goede (financierings)regeling, zodat wordt voorkomen dat veelbelovende innovaties in een vroegtijdig stadium stranden. Het innovatieloket verzamelt de ervaringen om zo te helpen bij de kwantificering en duiding van de problemen die innovatoren ervaren. Analyse van de ervaringen zal leren of sprake is van overlap in regelgeving en of de regelgeving aansluit op andere initiatieven die de overheid ontplooit op het terrein van innovaties.

⁹ CVZ. Rapport tijdelijke toelating van veelbelovende innovaties tot het pakket. Diemen 2007. Publikatienummer 2007/253.

Jaarlijks zullen het CVZ, ZonMw en de NZa over hun ervaringen rapporteren, waar mogelijk oplossingen aandragen en/of VWS adviseren over te nemen stappen.

***Tweede kwartaal
2009 officieel van
start***

De Zorginnovatiewijzer gaat in het tweede kwartaal van 2009 officieel van start. Op dit moment heeft CVZ een voorlopig loket geopend. Dit loket beantwoordt vragen over onderzoek, zorginnovatie en vernieuwing, vooral als het gaat om toepassing van de diverse wetten en regelingen in de zorg, zoals de Zvw, de AWBZ, de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de onderzoeksprogrammering van ZonMw.

Inmiddels heeft de Zorginnovatiewijzer i.o. een aantal informatieverzoeken ontvangen en afgehandeld. In de loop van 2009 zal een eerste onderzoek plaatsvinden naar de vraag in hoeverre de afgehandelde verzoeken tot concrete resultaten hebben geleid.

Protonentherapie

Een goed voorbeeld van een zorginnovatie is protonentherapie. Deze nieuwe bestralingstechniek kan bij bepaalde indicaties voordelen bieden ten opzichte van de conventionele technieken. Het betreft radiotherapie door middel van protonen in plaats van fotonen. De introductie van deze nieuwe behandeling in Nederland vergt grote investeringen voor gebouw en apparatuur. Mede in verband hiermee is van belang om te weten of deze behandeling nu of in de toekomst tot het te verzekeren pakket van de Zvw behoort en zo ja, voor welke indicaties.

Voor protonentherapie geldt een aantal bijzondere aspecten die voor het CVZ aanleiding hebben gevormd om voor de beoordeling van 'de stand van de wetenschap en praktijk' een genuanceerde - met de bijzonderheden rekening houdende - benadering te kiezen. Bij protonentherapie gaat het voor de meeste indicaties in wezen om een techniekinnovatie: voor indicaties waarbij bestraling de behandeling van eerste keuze is, wordt een nieuwe techniek ingezet. De aard van de behandeling verandert niet. Implementatie van een nieuwe radiotherapietechniek wordt in het algemeen niet voorafgegaan door gerandomiseerd onderzoek. De binnen de radiotherapie gebruikelijke wijze van implementatie van nieuwe technieken vindt plaats met behulp van 'in silico' modelplanningsstudies in combinatie met Normal Tissue Complication Probability (NTCP) modellen.

De vraag is of de gegevens die uit de modelstudies voortvloeien op zich zelf voldoende kunnen zijn voor het CVZ om tot de conclusie te komen dat protonentherapie voor een bepaalde indicatie zorg is conform stand van de wetenschap en praktijk. Om deze vraag te beantwoorden heeft het CVZ ten minste de volgende gegevens nodig:

- een systematische literatuurreview, waarin is samengevat welke klinische studies er verricht zijn/gaande zijn, welke relevante gegevens aanwezig zijn en welke nog ontbreken;
- zogenaamde 'in silico' model planningsstudies die de toepassing van protonentherapie vergelijken met (optimale) fotonentherapie en waaruit voorspeld kan worden wat de effecten zijn van protonentherapie in vergelijking met andere therapie;
- betrouwbare gegevens over de dosis-volume-effectrelatie, waaruit de Normal Tissue Complication Probability (NTCP) kan worden berekend (NTCP-modellen);
- een schatting van te verwachten klinisch relevante voordelen/effecten, afgeleid uit de combinatie van 'in silico' model planningsstudies en NTCP-modellen.

Verder is een onderzoeksprotocol gewenst voor registratie van klinische data, waarmee de op basis van de planningsstudies en NTCP-modellen berekende uitkomsten bevestigd kunnen worden en waarmee een kosteneffectiviteitsanalyse kan worden uitgevoerd.

Het CVZ zal per indicatie beoordelen of de gegevens uit bovengenoemde modelstudies volstaan of dat er aanvullende klinische studies nodig zijn voordat positief geoordeeld kan worden over het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het CVZ zal zich voor de beoordeling van de gegevens laten bijstaan door een door het CVZ in te stellen groep van experts, die in ieder geval zal bestaan uit afgevaardigden van de medische wetenschap en de medische praktijk en de Gezondheidsraad. Deze expertgroep zal zich ook buigen over de wijze waarop geborgd is/wordt dat de vereiste dataregistratie plaatsvindt en heeft verder als taak om te stimuleren dat conclusies die getrokken worden op basis van vrijkomende wetenschappelijke gegevens over de behandeling met protonentherapie in richtlijnen worden vastgelegd.

De bijzonderheden die zich voordoen bij protonentherapie zijn voor het CVZ aanleiding geweest om de wijze van de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk verder te ontwikkelen. Ook voor andere nieuwe technologieën kan gelden dat er noodzaak is de beoordelingssystematiek aan te scherpen en/of te modificeren.

3.b.3. Relatie Zorginnovatiewijzer en Zorginnovatieplatform

Naast de Zorginnovatiewijzer bestaat ook het Zorginnovatieplatform (ZIP), ingesteld door de bewindslieden van VWS. Doel van het ZIP is innovatie te agenderen, het innovatieklimaat in de zorg te stimuleren en met nieuwe concepten de grote uitdagingen waar de zorgsector voor staat aan te gaan. Het gaat dan onder meer om de stijgende zorgvraag in relatie tot het tekort op de arbeidsmarkt. Het ZIP

analyseert en benoemt waar innovaties de meeste toegevoegde waarde hebben. Verder zorgt het ZIP dat goede voorbeelden daadwerkelijk worden ingevoerd, bijvoorbeeld door aanbieders en gebruikers bij elkaar te brengen. Verder zal het ZIP een deeladvies arbeidsmarkt uitbrengen, waarin praktische oplossingen worden geboden.

Zelfde doel

Zowel het ZIP als de Zorginnovatiewijzer dienen eenzelfde doel: het verbeteren van het klimaat voor innovaties in de zorg. Het ZIP zit meer aan de voorkant (het bevorderen van het tot stand komen van innovaties) van het innovatieproces en de Zorginnovatiewijzer meer aan de achterkant (de innovatie is voldoende uitontwikkeld om op grotere schaal te worden toegepast).

Het ZIP heeft als werkterrein alles wat met zorg te maken heeft; de Zorginnovatiewijzer 'beperkt' zich tot de vraag 'wel of (nog) geen te verzekeren zorg', een bekostigingstitel en onderzoek naar (kosten)effectiviteit.

Samenwerking van belang

Tussen beide gremia zit een overlap. Het ZIP heeft dat al onderkend naar aanleiding van de ontvangen inzendingen bij zijn installatie. Om die reden is een goede samenwerking van belang, temeer omdat in de Zorginnovatiewijzer alle kennis over pakket, financiering en onderzoek is georganiseerd.

Deze samenwerking heeft ertoe geleid dat het Zorginnovatieplatform 25 inzendingen aan de Zorginnovatiewijzer heeft overgedragen met het verzoek deze af te handelen. Deze inzendingen vallen binnen het werkgebied van de Zorginnovatiewijzer.

DBC-systematiek

3.b.4. Innovaties van intramurale zorg

Om een intramurale prestatie in rekening te kunnen brengen moet hiervoor een vastgestelde prestatiecode bestaan in de vorm van een diagnose behandeling combinatie (DBC). Om een nieuwe prestatie op te nemen in de DBC-systematiek moeten zorgaanbieders een aanvraag indienen bij de Stichting DBC-Onderhoud.

Weinig aanvragen

Een aanvraag gaat onder andere gepaard met het indienen van medische en technische informatie over de behandeling. In de afgelopen jaren bleken zorgaanbieders weinig aanvragen voor innovatieve DBC's aan te melden. Hierdoor blijven deze innovatieve ontwikkelingen onzichtbaar. Daarbij zal ook een praktisch betalingsprobleem ontstaan als ziekenhuizen geheel afhankelijk worden van de DBC-productie voor hun inkomsten. DBC-Onderhoud en CVZ veronderstellen dat zorgaanbieders weinig capaciteit hebben voor het verzamelen en opschrijven van de gevraagde informatie.

***Aanvragen
innovatieve dbc's
herzien***

DBC-Onderhoud heeft haar aanmeldingsprocedure herzien en daarnaast hebben DBC-Onderhoud en CVZ eind 2007 een traject gestart waarin CVZ een deel van de benodigde informatie in opdracht van DBC-Onderhoud verzamelt en beoordeelt. In dit kader produceert het CVZ een rapport waarin op basis van literatuur de effectiviteit, kosteneffectiviteit en noodzakelijkheid van de innovatieve interventie in kaart is gebracht. Het CVZ betreft inhoudelijk deskundigen nauw bij het opstellen van het rapport, enerzijds om de inhoud te toetsen en anderzijds om tot een aan de Nederlandse praktijk gerelateerd overzicht te komen.

3.b.5. Enkele voorbeelden

In de hoofdstukken 4 en 5 vindt u verschillende adviezen en standpunten op het gebied van innovatie. Enkele voorbeelden zijn:

- het standpunt over de cognitieve gedragstherapie Beating the Blues ter behandeling van depressie, waarbij gebruik wordt gemaakt van een intelligent kennissysteem;
- het standpunt radiotherapie gecombineerd met hyperthermie in patiënten met mesothelioon entmetastasen of recidief rectumcarcinoom;
- het standpunt over dacryocystoplastiek (opheffen verstopping traanbuis);
- het standpunt over de combinatiebehandeling met radiotherapie en hyperthermie en KTP-laserbehandeling van benigne prostaat hypertrofie.
- het standpunt over percutane transforaminale endoscopische dissectomie bij lumbale hernia nuclei pulposi

3.c. Toekomst AWBZ

Rapport SER

Op 18 april 2008 heeft de Sociaal-Economische Raad (SER) zijn advies "Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ"¹⁰ vastgesteld. De SER erkent met het kabinet dat de huidige AWBZ onvoldoende op de toekomst is voorbereid. Voor het oplossen van bestaande knelpunten en met het oog op toekomstige ontwikkelingen in en rond de AWBZ, zijn aanpassingen nodig. De SER formuleert in het advies een zestal beleidsopgaven voor de AWBZ.

Standpunt Kabinet

In haar brief van 13 juni 2008¹¹ geeft de staatssecretaris van VWS namens het kabinet haar standpunt op het SER-advies. Het kabinet spitst de AWBZ in de toekomst toe op de volgende doelstellingen:

- versterking van de positie van de cliënt. Met de persoonvolgende financiering (de zorgzwaartepakketten) wordt hiermee per 2009 een eerste stap gezet en in 2010 wordt de zorg na ziekenhuisopname van de AWBZ naar de Zvw overgeheveld;

¹⁰ SER. Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ. Den Haag 2008. Advies nr. 2008/03.

¹¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 597, nr. 15.

- bevorder keuzevrijheid en diversiteit in wonen. Cliënten moeten (vanaf 2010) zelf kunnen kiezen hoe zij willen wonen en kunnen ervoor kiezen de woonkosten zelf te betalen voor een woning van hun voorkeur. Voorwaarde is wel dat de zorg doelmatig geleverd kan worden;
- verbeter de kwaliteit van zorg, bevorder innovatie. Voor de cliënt moet vergelijkbare kwaliteitsinformatie zichtbaar zijn. Deze zomer komen kwaliteitsindicatoren voor verpleging, verzorging en thuiszorg op de website <http://www.kiesbeter.nl/> en kunnen cliënten beter kiezen;
- bestendig solidariteit en financiële houdbaarheid. De aanspraken vanuit de AWBZ moeten helder worden gedefinieerd. Zo moet onbedoeld gebruik van de AWBZ zoveel mogelijk worden teruggedrongen. Hiervoor worden pakketmaatregelen genomen, vooral bij de ondersteunende begeleiding;
- verminder bureaucratie door de zorg weer terug te geven aan de werknemers. De indicatiestelling moet eenvoudiger en dichter bij de cliënt.

Overheveling van AWBZ naar Zvw

Eén van de maatregelen die de staatssecretaris voorstelt, is het overhevelen van delen van de zorg die nu vanuit de AWBZ worden geleverd, in de (nabije) toekomst ten laste van de Zvw te leveren. Dit heeft een meerwaarde voor zowel de cliënt als de professional. Immers, de zorgketen gaat één geheel vormen (verkorting ligdagen, minder ‘verkeerde’ bedden problematiek, ketenzorg). Een voorbeeld is de somatische revalidatiezorg (nu bekostigd uit de AWBZ en geleverd in een verpleeghuis) die nodig is na een heupoperatie (betaald ten laste van de Zvw). Het gaat om revalidatie van patiënten die daarna naar huis terugkeren. Door deze onderdelen vanuit verschillende systemen bij elkaar te brengen is er veel winst te behalen in termen van kwaliteit, samenhang, doelmatigheid en minder bureaucratie. Er hoeft bijvoorbeeld geen indicatiestelling via het CIZ plaats te vinden. Dit sluit aan op het Pakketadvies 2007¹² van het CVZ. Daarin heeft het CVZ geadviseerd de op genezing gerichte zorg vanuit de AWBZ stapsgewijs over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet.

Somatische revalidatiezorg

In dit Pakketadvies stelt het CVZ voor om de somatische revalidatiezorg over te hevelen van de AWBZ naar de Zvw. Hierdoor kan in de toekomst winst worden geboekt, zowel ten aanzien van de kwaliteit als de continuïteit van de revalidatiezorg voor de groep ouderen met multimorbiditeit (meerdere, al dan niet aan elkaar gerelateerde, aandoeningen).

Behoeft aan duidelijkheid over toekomst AWBZ

In het veld bestaat veel behoefte heeft aan duidelijkheid over de uiteindelijke toekomstplannen van de AWBZ. Overheid en politiek moeten duidelijk maken wat collectief moet worden bekostigd en wat de burger uit eigen portemonnee moet

¹² CVZ. Pakketadvies 2007. Diemen 2007. Publikatienummer 2007/248.

betalen. Het veld heeft behoefte aan reflectie op de effecten van beleidsveranderingen in de zorg voor ouderen en mensen die minder in staat zijn regie over hun eigen leven te voeren. Dit in het kader van een helder eindperspectief op die zorg. Het CVZ zal met het veld gesprekken aangaan. De uitkomsten van deze gesprekken zal het CVZ verwerken in een advies dat input vormt voor verdergaande politieke besluitvorming over welke zorg collectief en welke privaat gefinancierd zou moeten worden. Een volgende stap is dan na te gaan welke financierings- en bekostigingssystemen daar het best bij passen

3.d. Gepast gebruik

3.d.1. Inleiding

Wat is gepast gebruik?

Iedere verzekerde heeft recht op zorg die gezien de gestelde indicatie in zijn situatie is aangewezen: niet meer, maar ook niet minder. Alleen deze zorg zou vergoed moeten worden vanuit zorgverzekering of AWBZ. Deze zorg is therapeutisch gezien kwalitatief de beste zorg. Er vindt geen onderbehandeling maar ook geen overbehandeling plaats.

Nog veel winst te behalen

In zijn rapport Pakketadvies 2008¹³ heeft het CVZ aangegeven dat het moeilijk te accepteren is dat, gezien de financiële kaders kritisch gekeken moet worden naar de omvang van het pakket, terwijl er met *gepast gebruik* nog veel winst, zowel in kwalitatieve als financiële zin, te behalen valt. Een van de kernwaarden van het stelsel van ziektekostenverzekeringen is de verschuiving van verantwoordelijkheden van de overheid naar partijen in de zorg. Inherent aan de gereguleerde marktwerking in de Zvw zijn prikkels voor kwaliteit en doelmatigheid voor de betrokken partijen. Het CVZ heeft bij de voorbereiding van het Pakketadvies 2008 geconstateerd dat zij deels die verantwoordelijkheden oppakken, maar ook deels laten liggen. Hierbij hoeft geen sprake te zijn van onwil, want er kunnen ook belemmeringen of tekortkomingen in het stelsel zelf zijn die ertoe leiden dat partijen hun verantwoordelijkheid niet kunnen oppakken.

Houdbaarheid stelsel

Naast gevolgen voor de feitelijke zorgverlening heeft dit ook gevolgen voor de houdbaarheid van het stelsel. Ondoelmatigheid leidt tot hogere kosten en de kostenontwikkeling kan nopen tot pakketmaatregelen.

Het is de ambitie van het CVZ in zijn adviserende en duidende rollen in het pakketbeheer om te bevorderen dat gepast gebruik van zorg niet in de eerste plaats als een instrument voor kostenbeheersing wordt gezien. Gepast gebruik is een

¹³ CVZ. Pakketadvies 2008. Diemen 2008. Publikatienummer 2008/256.

instrument ter bevordering van een betere zorgverlening, met grote positieve gezondheidseffecten voor de patiënten waardoor, zeker op langere termijn, ook de kostenontwikkeling beheerst verloopt.

Vanuit concrete vragen en casussen zal het CVZ aandacht besteden aan doelmatigheid en de rol die de overheid daarbij kan of moet spelen. Daarnaast draagt het CVZ met gerichte pakketadviezen of met standpunten over wanneer zorg (kosten)effectief is, bij aan het bevorderen van gepast gebruik.

Voorbeelden

In dit pakketadvies heeft het CVZ bevordering van gepast gebruik een belangrijke rol gegeven. Als voorbeelden hiervan noemen wij de adviezen en standpunten over:

- het verbinden van nadere voorwaarden aan de vergoeding van een aantal geneesmiddelen;
- het standpunt over de combinatiebehandeling orthodontie en osteotomie;
- de overheveling van somatische revalidatie naar de Zvw;
- het standpunt over de vroege interventie arbeidsrevalidatie;
- de beoordeling van de OSAS-richtlijn;
- de hyperbare zuurstoftherapie;
- de percutane transforaminale endoscopische discectomie bij lumbale hernia nucleii pulposi.

Ook de preventierapporten en de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen zijn voorbeelden van standpunten en adviezen die bijdragen aan gepast gebruik. Tot slot noemt het CVZ het Farmacotherapeutisch Kompas dat een belangrijke bijdrage levert aan het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen en daarmee gepast gebruik bevordert.

Andere ontwikkelingen

Naast zijn op gepast gebruik gerichte adviezen en standpunten, ziet het CVZ een aantal ontwikkelingen die bijdragen aan gepast gebruik. De belangrijkste ontwikkelingen beschrijven we in de volgende paragrafen. Het gaat om:

- richtlijnontwikkeling en -implementatie;
- het verkleinen van de schottenproblematiek tussen Zvw en AWBZ;
- de ontwikkeling van zorgstandaarden;
- de rol van verzekeraars bij het bevorderen van gepast gebruik.

3.d.2. Richtlijnontwikkeling en -implementatie

De bewindslieden van VWS schetsen in hun brief van 31 oktober 2008 het belang van richtlijnen voor de diverse partijen in de zorg: "Kwalitatief goede zorg betekent cliëntgerichte zorg, die veilig, effectief, op tijd, transparant en doelmatig is. Het leveren van kwalitatief goede zorg behoort primair tot de verantwoordelijkheid en de professionele autonomie van de zorgverleners. Richtlijnen geven daarmee de

'state of the art' van het zorgverleningproces aan; het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen kan een bijdrage leveren aan gepast gebruik.

Regieraad

Om hun beleidsdoel te bereiken stellen de bewindsleden een regieraad in. De regieraad zal bestaan uit onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen op het gebied van richtlijnontwikkeling en/of -implementatie. Het zal een raad voor de zorg en van de zorg zijn. De regieraad ondersteunt en faciliteert belanghebbende partijen bij het definiëren van het begrip verantwoorde zorg en bij de implementatie daarvan.

Ook met het instellen van de regieraad blijft de primaire verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van richtlijnen bij zorgverleners liggen. In de praktijk loopt het ontwikkelen van richtlijnen via wetenschappelijke verenigingen in samenwerking met kennisinstututen van de verenigingen van zorgverleners. Wel is het van belang dat bij de ontwikkeling van de richtlijnen rekening wordt gehouden met de behoeften van andere belanghebbenden zoals cliënten, verzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en CVZ. Dit betekent concreet dat de opgestelde conceptrichtlijnen ter consultatie aan de hiervoor genoemde partijen worden voorgelegd. Zij zijn dan in de gelegenheid daarop hun visie te geven. Na de consultatie stellen de verenigingen van zorgverleners de richtlijnen vast en laten daarbij zien op welke wijze zij de consultatiecommentaren hebben verwerkt.

3.d.3. Verkleinen schottenproblematiek

Zorg is in Nederland verspreid over verschillende systemen en daarmee samenhangende financieringsstructuren. Deze spreiding leidt er in de praktijk toe dat voor bepaalde patiëntengroepen de zorg om verschillende redenen kwalitatief niet optimaal is georganiseerd. Inmiddels heeft de regering mede naar aanleiding van het SER-advies zijn standpunt bepaald over de Toekomst van de AWBZ¹⁴. Daarin geeft de staatssecretaris van VWS onder meer het volgende aan:

"Ik deel de visie van de SER dat er delen van de zorg die nu uit hoofde van de AWBZ worden geleverd, in de (nabije) toekomst uit hoofde van de Zvw kunnen worden geleverd. Dit heeft een meerwaarde voor zowel de cliënt als de professional. Immers, de zorgketen gaat één geheel vormen (verkorting ligdagen, minder «verkeerde» bedden problematiek, ketenzorg). Door onderdelen vanuit verschillende systemen bij elkaar te brengen is er veel winst te behalen in termen van kwaliteit, samenhang en doelmatigheid."

In dit pakketadvies werkt het CVZ de overheveling van de somatische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de zorgverzekering verder uit. Het betreft dan de revalidatiezorg

¹⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 597, nr. 15

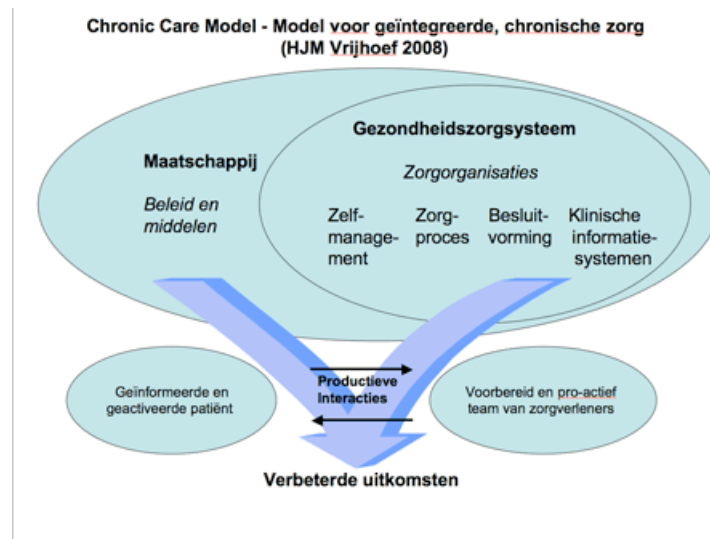
in een verpleeghuis (nu bekostigd uit de AWBZ) die nodig is na een heupoperatie (betaald ten laste van de Zvw).

Ontwikkeling van zorgstandaarden

3.d.4. Chronisch zieken: ontwikkelingen in de zorg

Het aandeel van chronische ziekten in de gezondheidszorg is in de afgelopen jaren toegenomen, door verbeterde zorg en vergrijzing. Naar schatting 10 tot 20 % van de Nederlanders lijdt aan een chronische aandoening; samen zijn zij verantwoordelijk voor 80% van de zorgvraag en voor het grootste deel van het zorgbudget (RIVM VTV 2006). Het aandeel chronische ziekten zal in de toekomst verder toenemen

In de afgelopen jaren is internationaal een 'chronic care model' ontwikkeld met de bedoeling om de zorg voor patiënten met een chronische ziekte te optimaliseren. Uitgangspunt is dat zorgconsumenten en zorgverleners intensief samenwerken, in feite een partnerschap vormen, bij het omgaan met de chronische aandoening. In het model zijn ondersteuning van zelfmanagement, het zorgproces, beslissingsondersteuning en klinische informatiesystemen geïntegreerd. Ook maatschappelijke aspecten maken deel uit van het model. Het model kan dienen als routemap voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg.



Met behulp van dit model kunnen zorgstandaarden worden ontworpen die vastleggen 'aan welke eisen goede zorg voor een bepaalde aandoening zowel zorginhoudelijk als procesmatig moet voldoen'¹⁵. Indien bovendien de resultaten van het op deze manier ingerichte zorgproces worden geregistreerd, bereikt men een grotere mate van transparantie

¹⁵ NYFER. Instrument voor kwaliteit en transparantie in de gezondheidszorg. Utrecht 2006.

<i>Keuze voor patiënt makkelijker</i>	in de zorgmarkt, en is vergelijken mogelijk. Dit maakt het voor zorgaanbieders mogelijk zich te onderscheiden, vergemakkelijkt voor patiënten de keus voor een bepaalde zorgaanbieder en zorgverzekeraar en levert zorgverzekeraars gegevens voor inkoop op basis van kwaliteit. In Nederland is, als eerste door de NDF, dit model gebruikt als blauwdruk voor het ontwikkelen van zorgstandaarden.
<i>NDF Zorgstandaard</i>	De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) Zorgstandaard is een raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met diabetes mellitus type 2. Deze zorgstandaard bestaat naast de door de beroepsgroepen ontwikkelde richtlijnen en de NHG standaard en is hiermee nauw verbonden. Onderdelen van de zorgstandaard zijn educatie en zelfmanagement, de organisatie van de diabeteszorg, kwaliteitsaspecten zoals registratie van uitkomsten en benchmarking. Na de eerste versie in 2003 zijn al enkele updates verschenen.
<i>Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement</i>	Binnenkort komt de Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement uit, die beschrijft hoe risicofactoren, inclusief leefstijlfactoren voor hart- en vaatziekten behoren te worden aangepakt. Uitgangspunt voor deze zorgstandaard vormt de multidisciplinaire CBO-richtlijn/NHG standaard cardiovasculair risicomanagement. In de zorgstandaard wordt aandacht besteed aan de organisatie van de zorg, aan ondersteuning van zelfmanagement, aan beslissingsondersteuning en aan het opzetten van een klinisch informatiesysteem.
<i>Zorgstandaarden voor hartfalen en overgewicht</i>	Ook voor andere chronische ziekten worden initiatieven ontplooid om zorgstandaarden samen te stellen. Bijvoorbeeld op het gebied van hartfalen (Stichting Hoofd Hart en Vaten) en op het gebied van overgewicht/obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland).
<i>Ketenzorg en ketendbc's</i>	Goede zorg vereist vanuit kwaliteitsoogpunt en doelmatigheid een multidisciplinaire benadering, waarbij de diverse zorgvormen en aspecten goed op elkaar aansluiten ('ketenzorg'). Deze vorm van zorgverlening leent zich vooral voor chronische aandoeningen. De patiënt staat centraal en de zorg moet daarbij zo dicht mogelijk bij hem worden georganiseerd en aangeboden door goed samenwerkende zorgaanbieders. Deze 'ketenzorg' wordt als één product door de zorgverzekeraar ingekocht tegen een vrij te onderhandelen tarief. De ketenzorg wordt uitgevoerd door een zorggroep op basis van een afgesproken zorgstandaard. Het betreft hier een nieuwe wijze om maatwerk te bieden aan chronische patiënten. Deze zorggroep treedt als één contractant op naar de verzekeraar en verdeelt onderling de inkomsten naar rato. De ketendbc's bevinden zich nog in een experimenteel stadium. Zo is er nu een DBC voor de diabetes ketenzorg.

Het voornemen bestaat vanaf 1 januari 2010 een vijftal ketendbc's in te voeren voor de zorgverlening bij chronische aandoeningen.

3.d.5. De rol van verzekeraars in gepast gebruik

Bij de uitvoering van de Zvw zijn de zorgverzekeraars de belangrijkste partij. De aandacht van de zorgverzekeraars is de afgelopen jaren met name gericht op het verwerven van een zo groot mogelijk marktaandeel.

Het feit dat zorgverzekeraars hun commerciële doelen moeten bereiken onder de publieke randvoorwaarden die de Zvw aan hen stelt, maakt nog niet dat de zorgverzekeraars primair gericht zijn op het bereiken van deze publieke doelen, waaronder het bevorderen van het gepast gebruik van de zorg. Het afgelopen jaar hebben we een kentering gezien waarbij zorgverzekeraars zich meer zijn gaan richten op de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening.

Kentering

Preferentiebeleid

Een aantal zorgverzekeraars heeft ingezet op het preferentiebeleid voor geneesmiddelen. In de praktijk betekent het dat deze zorgverzekeraars geneesmiddelen aanwijzen die identiek zijn aan andere varianten, maar lager zijn geprijsd. Deze preferente geneesmiddelen zullen aan hun verzekerden worden vergoed. Doel van het preferentiebeleid is om onnodig hoog geprijsde geneesmiddelen niet meer te vergoeden waardoor prijsconcurrentie kan ontstaan. Hierdoor kan op de kosten van deze geneesmiddelen worden bespaard.

Zorginkoop

Zorgverzekeraars hebben sinds de introductie van het nieuwe zorgstelsel een cruciale rol bij het inkopen van kwalitatief goede zorg. Verwacht werd dat verzekeraars zouden concurreren op kwaliteit en daarvoor ook zouden selecteren op kwaliteit waarbij ze met bepaalde zorgverleners wel contracten aangaan en met andere niet.

Een aantal zorgverzekeraars koopt selectief zorg in op basis van kwaliteit, service en prijs. Zij bevelen hun verzekerden aan om bij die geselecteerde zorgaanbieders de zorg in te roepen. Daarnaast hanteren zorgverzekeraars ook de mogelijkheid van flexibele honorering, al dan niet met toeslagen, als de geleverde zorg kwalitatief bovengemiddeld is.

Zorgverzekeraars hebben mede door de onderhandelingsruimte binnen het B-segment van de DBC's (de vrij onderhandelbare DBC's) meer mogelijkheden de prijs in overeenstemming te brengen met de kwaliteit, wachtlijsten en klanttevredenheid. Anderzijds is een gevolg hiervan dat zorgaanbieders en zorgaanbiedende instellingen meer inspanningen doen om het niveau van kwaliteit en service te verhogen tegen lagere kosten.

Verplicht eigen risico

Zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om het verplicht eigen risico helemaal niet of gedeeltelijk niet in rekening te

brenge. De verzekerde kan hiervan profiteren als hij:

- zorg inroept bij een 'voorkeursaanbieder', een zorgaanbieder waarmee de verzekeraar speciale afspraken heeft gemaakt;
- gebruik maakt van genees- of hulpmiddelen die de zorgverzekeraar aanbeveelt;
- een preventieprogramma volgt voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden of overgewicht.

Hiermee hebben zorgverzekeraars een extra prikkel naar hun verzekerden om gepast gebruik te stimuleren, zonder dat zij hun verzekerden beperken in hun keuze.

Risicoverevening

In de discussie over het bevorderen van gepast gebruik wordt aangegeven dat voor zorgverzekeraars de afbouw van de nacalculatie in de risicoverevening een belangrijke prikkel kan zijn. Voor een aantal onderdelen van de nacalculatie is dit een terechte constatering.

3.e. Preventie

Het CVZ is na het uitbrengen van het rapport Van preventie verzekerd in juli 2007 verder gegaan met de speerpunten uit de Preventienota 2006 te weten roken, alcohol, overgewicht, diabetes en depressie.

Voor de onderwerpen roken en depressie werd in 2008 uitgelegd welke zorg momenteel te verzekeren zorg is en deel uit maakt van het basispakket.

Voor de onderwerpen overgewicht en diabetes is dat begin 2009 gebeurd. Over preventie van problematisch alcoholgebruik en stoppen met roken zal het CVZ nog voor juni 2009 rapporteren.

Voor hoogrisicogroepen blijkt al heel wat preventie in het te verzekeren pakket te zitten, terwijl het gebruik daarvan achterblijft. Het CVZ informeert betrokken partijen, zoals verzekeraars, GGD-en en de NZa hierover.

Zelfmanagement

Het CVZ bereidt zich ook voor op andere prioriteiten van de minister op het gebied van preventie zoals de plaatsbepaling van zelfmanagement in het verzekerde pakket en de inrichting van de keten preventie-cure-care opdat de verzekerde zorg toegankelijk is en een goede plek vindt in het totaal van de keten.

4. Adviezen

4.a. Inleiding

In dit hoofdstuk is een korte samenvatting opgenomen van alle adviezen, gerubriceerd naar instroom, geen instroom, uitstroom of nadere voorwaarden en systeemadviezen. Het gaat om nieuwe adviezen en om adviezen die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2008 tussentijds heeft uitgebracht. Bij de samenvatting is vermeld of het een nieuw of tussentijds advies betreft. De integrale tekst van de nieuwe adviezen vindt u in bijlage 4.

Aanleiding voor het opstellen van deze adviezen zijn: vernieuwingen in de zorg, het bevorderen van gepast gebruik, maatschappelijke ontwikkelingen en signalen uit de uitvoeringspraktijk.

Als het CVZ positief over een interventie adviseert, betekent dit dat de vier pakketvragen (de pakketprincipes) in meer of in mindere mate positief zijn beantwoord. Voor de toelating van geneesmiddelen bestaat een specifieke wettelijke procedure. Wanneer het CVZ adviseert om een interventie of zorgvorm niet te laten instromen of te laten uitstromen, kan de onderbouwing van dat advies zijn gebaseerd op één van de vier pakketvragen. Het kan dan gaan om interventies of zorgvormen waarover het CVZ van oordeel is dan het geen noodzakelijk te verzekeren zorg betreft, of om interventies en zorgvormen waarvan de effectiviteit niet is aangetoond.

De adviezen (en standpunten) op het terrein van de hulpmiddelenzorg zijn gebundeld in het deelrapport Hulpmiddelenzorg. Dit deelrapport is onderdeel van dit Pakketadvies.

Het CVZ adviseert de minister van VWS gedurende het hele jaar over de opname van geneesmiddelen in het te verzekeren pakket van de Zvw volgens de wettelijk vastgelegde procedure. Een overzicht van deze beoordelingen en de resultaten treft u aan als bijlage 4.8.

4.b. Instroomadviezen

Het CVZ heeft de volgende instroomadviezen uitgebracht:

- **Mandibulair repositie apparaat (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ stelt voor om de verschillende hulpmiddelen die samenhangen met de ademhaling op te nemen in één functiegerichte omschrijving.

Indien de minister het voorstel tot functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel overneemt maakt het mandibulair repositie apparaat (MRA) deel uit van de te verzekeren prestatie hulpmiddelen zorg.

Mocht de minister vooralsnog niet overgaan tot functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel, adviseert het CVZ de minister het MRA op te nemen als een te verzekeren prestatie in het kader van de hulpmiddelenzorg voor de behandeling van lichte tot matige OSAS (Obstructieve slaapapneu syndroom) en voor patiënten die CPAP-behandeling (Continuous Positive Airway Pressure) niet kunnen verdragen of waarbij CPAP-behandeling niet succesvol is.

Met het opnemen van het MRA is het te verzekeren pakket is op jaarbasis een bedrag gemoeid van maximaal € 3,7 miljoen. Dit bedrag zal in de eerste jaren als gevolg van een inhaalvraag hoger zijn.

4.c. Geen instroom

Het CVZ adviseert de volgende voorzieningen niet te laten instromen als een te verzekeren prestatie:

- **Voorzieningen voor de bedekking van het hoofd (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Op dit moment komen bij een blijvende of langdurige kaalhoofdigheid alleen haarwerken voor vergoeding in aanmerking vanuit de basisverzekering. Het CVZ heeft het verzoek gekregen om ook andere voorzieningen voor bedekking van het hoofd toe te laten tot het te verzekeren pakket. Voorbeelden hiervan zijn sjaals, mutsen, bandana's, petten en de mutssja (combinatie van een muts en sjaal). Het CVZ heeft deze hoofdbedekkingen getoetst aan de pakketprincipes.

Het CVZ concludeert dat er bij deze andere voorzieningen geen sprake is van noodzakelijk te verzekeren zorg. Het gaat om algemeen gebruikelijke voorzieningen die bovendien financieel toegankelijk zijn.

- **Elektronische oriënteringshulpmiddelen (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ is van oordeel dat er onvoldoende informatie beschikbaar is over de (kosten)effectiviteit van deze hulpmiddelen om tot een positief advies te komen.

4.d. Uitstroomadviezen en nadere voorwaarden

Het CVZ heeft op het gebied van uitstroom en nadere voorwaarden de volgende adviezen uitgebracht:

- **Vergoeding benzodiazepinen (april 2008)**

In het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ geadviseerd alleen de kosten van medisch noodzakelijk gebruik van benzodiazepinen bij een drietal specifieke indicaties als te verzekeren prestatie te handhaven. In zijn reactie heeft de minister gesteld dit advies over te nemen met ingang van 2009, maar daarbij een tweetal vragen gesteld over de uitvoering, te weten:

1. Zijn er uitvoerbare mogelijkheden om kortdurend noodzakelijk geacht gebruik van benzodiazepinen te blijven vergoeden?
2. Wat zijn de uitvoeringskosten van het opvolgen van het CVZ advies over de beperkte vergoeding van deze geneesmiddelen? Hierbij vroeg de minister om speciale aandacht voor mogelijke risico's en kosten van substitutie naar andere, duurdere geneesmiddelen.

Het CVZ heeft deze vragen als volgt beantwoord:

1. Er zijn op dit moment geen praktisch haalbare mogelijkheden voor de vergoeding van kortdurende medisch noodzakelijk gebruik van deze geneesmiddelen. Van mogelijke opties betwijfelen partijen of die technisch haalbaar zijn en of de uitvoeringskosten opwegen tegen de baten. Het CVZ is van oordeel dat kortdurend gebruik van benzodiazepinen als palliatieve sedatie bij terminale zorg wel vanuit de basisverzekering vergoed kan blijven.
2. Het CVZ ziet geen wezenlijke uitvoeringsproblemen, mits de aanspraak duidelijk is omschreven. De substitutierisico's die het CVZ in zijn eerder advies noemde, blijven bestaan. De precieze omvang daarvan is moeilijk te voorspellen, maar het CVZ schat in dat die omvang beperkt is.

De nadere voorwaarden op bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering kan als volgt worden geformuleerd:
Benzodiazepinereceptor-agonist in enterale toedieningsvorm.
Voorwaarde:

Uitsluitend voor een verzekerde die dit geneesmiddel gebruikt:

- a) als onderhoudsbehandeling bij epilepsie of als behandeling bij epileptisch insult, of
- b) als behandeling van angststoornissen, waarbij medicamenteuze therapie met tenminste twee antidepressiva conform geldende richtlijnen heeft gefaald, of
- c) als behandeling bij multipole psychiatrische problematiek, waarbij behandeling met hoge doses benzodiazepinen noodzakelijk is, of
- d) als palliatieve sedatie bij terminale zorg.

Per brief van 3 februari 2009 heeft de minister van VWS heeft CVZ verzocht een nader advies uit te brengen over de vergoeding van benzodiazepinen bij patiënten met neuromusculaire aandoeningen en met ziekten van het centrale zenuwstelsel. Het CVZ rapporteert medio 2009.

- **Acetylcysteïne (januari 2009)**

Acetylcysteïne is een mucolyticum (slijmoplossend middel) dat op dit moment uitsluitend wordt vergoed voor een verzekerde met chronische obstructief longlijden als deze wordt behandeld overeenkomstig de richtlijnen. Recent zijn de

diverse richtlijnen door de beroepsgroepen herzien, met als consequentie dat de behandelindicatie van acetylcysteïne bij longaandoeningen is komen te vervallen. Door het ontbreken van bewezen effectiviteit heeft de Commissie Farmaceutische Hulp van het CVZ ook geconcludeerd dat er geen plaats meer is voor de toepassing van acetylcysteïne bij de behandeling van COPD en cystic fibrose (taaislijmziekte).

Op grond van het voorgaande adviseert het CVZ de minister om alle geregistreerde geneesmiddelen met acetylcysteïne als enige werkzame stof te verwijderen uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem. Het gaat hierbij om zowel de orale toedieningsvormen, de infusievloeistoffen als de inhalatievloeistoffen. Deze middelen kunnen verwijderd worden uit bijlage 1 en 2 van de Rzv.

Bij paracetamolintoxicatie is acetylcysteïne het antidotum van eerste keus, deze toepassing van acetylcysteïne is en blijft beschikbaar als onderdeel van de geneeskundige zorg.

Verder kan het toepassen van acetylcysteïne bij complex regionaal pijnsyndroom type 1 volgens de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) van het CVZ niet worden beschouwd als rationele farmacotherapie. Daarom is er geen reden om deze niet-geregistreerde toepassing van acetylcysteïne aan te merken als een te verzekeren prestatie.

4.e. Systeemadviezen

Het CVZ heeft de volgende systeemadviezen uitgebracht:

- **Opname geneesmiddelen bij de vruchtbaarheidsbehandelingen I.O. en I.U.I. (mei 2008)**

Het CVZ is van oordeel dat de vraag of geneesmiddelen die worden gebruikt bij de vruchtbaarheidsbevorderende behandeling inductie ovulatie (I.O.) en intra uteriene inseminatie (I.U.I.) moet worden geplaatst binnen de algemene vraagstelling of vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen een te verzekeren prestatie moeten zijn. Dit onderwerp heeft het CVZ geplaatst op de Pakketagenda 2009-2010. Het CVZ deed wel een tekstvoorstel voor de wijziging van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering voor het geval de minister de huidige uitsluiting van deze geneesmiddelen ongedaan wenst te maken. De minister heeft dit voorstel overgenomen.

- **Vergoeding kosten dieetvoeding voor medisch gebruik (juni 2008)**

Het CVZ heeft geadviseerd de te verzekeren prestatie 'dieetpreparaten' te wijzigen in een te verzekeren prestatie 'dieetvoeding voor medisch gebruik'. Daarbij adviseerde het CVZ de voorwaarden voor het verkrijgen van dieetpreparaten/dieetvoeding voor medisch gebruik uit te breiden met:

- de verzekerden die een (risico op) ziektegerelateerde (dreigende) ondervoeding hebben en
- de verzekerden die deze voeding krijgen voorgeschreven op grond van een behandelprotocol of behandelrichtlijn.

De minister heeft met ingang van 1 januari 2009 de voorgestelde indicatie-uitbreiding overgenomen.

De wijziging van de prestatie 'dieetpreparaten' naar de prestatie dieetvoeding voor medisch gebruik laat de minister afhangen van de uitkomsten van de evaluatie van de kostenontwikkeling door de indicatieverbreding. De minister verwacht in 2010 hierover te kunnen besluiten.

- **Nadere voorwaarden geneesmiddelen bij pulmonale arteriële hypertensie (juni 2008)**

Het CVZ heeft geadviseerd om in aanvulling op de bestaande nadere voorwaarden voor geneesmiddelen bij pulmonale arteriële hypertensie, ook nadere voorwaarden te stellen aan de toepassing van combinaties van deze middelen. Het CVZ adviseert ook om iloprost voor inhalatie te plaatsen op bijlage 2 van de Rzv en door middel van nadere voorwaarden de vergoeding te beperken. De minister heeft deze adviezen overgenomen.

- **Hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ adviseert de hulpmiddelen die samenhangen met het ademhalingsstelsel functiegericht te omschrijven. Hierdoor is het mogelijk dat innovatieve hulpmiddelen in de toekomst gemakkelijker in het verzekerde pakket kunnen instromen. Voorwaarde is hierbij wel dat die hulpmiddelen voldoen aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

- **Prothesen (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ doet een voorstel voor een functiegerichte omschrijving van de te verzekeren prestatie prothesen. De voorgestelde omschrijving leidt tot minder regelgeving en vergroot de houdbaarheid van dit artikel, waardoor het ook bij toekomstige ontwikkelingen actueel blijft. Tegelijkertijd stelt het CVZ voor om de maximum vergoeding voor haarwerken te verhogen tot € 374.

- **Overheveling somatische revalidatiezorg (nieuw)**

In zijn Pakketadvies 2007 heeft het CVZ geadviseerd de op genezing gerichte zorg vanuit de AWBZ stapsgewijs over te hevelen naar de Zvw. Daarbij geeft het CVZ prioriteit aan de somatische revalidatie in de AWBZ.

De somatische revalidatiezorg die nu onder de AWBZ valt, is behandeling en activerende begeleiding die aansluit bij de grondslag op basis waarvan de verzekerde toegang tot de

AWBZ heeft. De huidige AWBZ-gefinancierde revalidatiezorg overlapt voor een beperkt aantal diagnosegroepen met de zorg die ook in de zorgverzekering intramuraal wordt geleverd. Dit betreft vooral groepen patiënten met Cerebro Vasculair Accident (CVA), met knie- of heupprothesen, met amputaties en overige revalidatie. Deze revalidatie sluit aan op een behandeling ten laste van de zorgverzekering. Met de onderzoeken die in opdracht van CVZ zijn uitgevoerd is een belangrijke stap gezet in het verkrijgen van meer inzicht in de omvang, aard en intensiteit van AWBZ-revalidatiezorg. De resultaten leveren een bevestiging van de noodzaak voor het slechten van het schot tussen de AWBZ en de Zvw. Door dit deel van de AWBZ-zorg over te hevelen naar de ZVW kan in de toekomst winst worden geboekt zowel ten aanzien van de kwaliteit als de continuïteit van revalidatiezorg voor de groep ouderen met multimorbiditeit. Sturing van de hele keten vanuit één verzekerings- en financieringsregime biedt meer perspectief voor samenwerking en verhoging van de kwaliteit van zorg in de zorgketen. Daarnaast draagt het overhevelen bij aan een betere afbakening tussen AWBZ en Zvw.

Om de somatische revalidatiezorg uit de AWBZ over te kunnen hevelen naar de ZVW adviseert het CVZ om de regelgeving aan te passen. Dit is niet eenvoudig gezien de functiegerichte omschrijving in de Zvw.

Het CVZ stelt voor om het artikel 2.4 Besluit zorgverzekering uit te breiden met "somatische revalidatie zoals verpleeghuisartsen plegen te bieden". De AWBZ hoeft niet te worden aangepast omdat de Zvw voorgaat op de AWBZ. Voor een goede afbakening tussen Zvw en AWBZ is het noodzakelijk dat duidelijk is wie is aangewezen op somatische revalidatiezorg zoals verpleeghuisartsen plegen te bieden.

Het gaat om de patiëntengroep die:

- direct voorafgaande aan de somatische revalidatie was sprake van opname voor medisch specialistische interventie;
- de primaire medisch specialistische interventie is afgerond
- er is geïndiceerd voor (somatische)revalidatie;
- de behandeling is geïndiceerd voor een behandeldoel dat in het algemeen binnen drie tot zes maanden is bereikt;
- het behandeldoel richt zich op terugkeer naar de thuissituatie.

Het is aan beroepsgroepen om de somatische revalidatiezorg uit te werken in (evidence based) richtlijnen en protocollen. Het CVZ zal hierover in contact treden met de beroepsgroepen.

- **In-vitrofertilisatie (nieuw)**

Het CVZ adviseert een aanpassing van het Bzv die leidt tot een

nadere definiëring van de begrippen 'poging' en 'doorlopende zwangerschap'. Dit om een aantal knelpunten in de uitvoeringspraktijk rond deze zorgvorm weg te nemen. Met de voorgestelde wetswijziging sluit de te verzekeren prestatie aan op de huidige medische praktijk. Deze gaat uit van een doelmatige uitvoering met minimale medische complicaties.

- **ICT-hulpmiddelen bij dyslexie (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ adviseert de minister om met de ministeries van OCW en SZW na te gaan hoe de toegankelijkheid van ICT-hulpmiddelen voor dyslectici, waaronder de Daisy-speler, kan worden verbeterd en daarmee het onderwijs aan deze doelgroep.

5. Standpunten

5.a. Inleiding

Alle standpunten die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2008 heeft ingenomen, zijn opgenomen in bijlage 4. Enkele standpunten vindt u terug in dit hoofdstuk.

Het gaat dan om standpunten die:

- zijn opgenomen in de Pakketagenda 2007-2008;
- een grote budgettaire impact hebben;
- bijdragen aan gepast gebruik;
- bijdragen aan duidelijkheid over een onderwerp waarover veel onduidelijkheid bestaat;
- aanleiding geven tot een vervolgadvis vanwege de maatschappelijk implicaties ervan (bijvoorbeeld ethische consequenties en uitvoerbaarheid).

Bij sommige zorgvormen komt het voor dat het CVZ van mening is dat een deel van die zorg wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en een deel niet. In die situatie is het standpunt als geheel opgenomen in paragraaf 5.d.

5.b. Belang van standpunten

Met het innemen van standpunt bepaalt het CVZ welke interventies al dan niet tot de te verzekeren prestatie behoren. Het gaat om de vraag of de zorg voldoet aan het wettelijk criteria 'stand van de wetenschap en praktijk' en 'plegen te bieden'.

Standpunten hebben een grote impact omdat zij duidelijkheid verschaffen over de inhoud en omvang van het te verzekeren pakket. Immers, een groot deel van de te verzekeren prestaties kent een 'open', in algemene termen gestelde, omschrijving. Dergelijke omschrijvingen laten ruimte voor interpretatie. Door daarover uitspraken te doen (een standpunt in te nemen), verschaft het CVZ duidelijkheid voor zowel verzekeraars als verzekerden.

Standpunten zijn temeer van belang omdat deze vaak betrekking hebben op 'de randen van het pakket'. Het gaat dan bijvoorbeeld om de afbakening tussen zorg en arbeid, maar ook om de vraag of de zorg nog als experimenteel moet worden beschouwd of niet. De standpunten die het CVZ inneemt verschaffen duidelijkheid over wat wel en niet tot het zorgdomein behoort.

5.c. Een standpunt en dan?

Als het CVZ een standpunt heeft ingenomen over wat tot de te verzekeren zorg behoort, kan dit gevolgen hebben voor de uitvoeringspraktijk. Aan wat voor soort gevolgen kunnen we denken? Het kan zijn dat de zorg niet in de polis is

opgenomen. Deze worden immers meestal maar één keer per jaar door verzekeraars aangeboden. Het kan zijn dat er geen tarief is voor de desbetreffende zorg, of anderszins sprake is van bekostigingsproblemen. En het kan zijn dat er sprake is van te verzekeren zorg, maar dat de optimale samenstelling van de interventies (bijvoorbeeld duur en intensiteit) nog nader moet worden uitgewerkt afhankelijk van de ernst van de aandoening, bijvoorbeeld bij de gecombineerde leefstijlinterventie voor preventie en behandeling bij overgewicht en obesitas, of bij de oncologische revalidatie. In het laatste geval baseert het CVZ zich bij zijn standpunt veelal mede op resultaten van internationale studies of op buitenlandse richtlijnen.

Het CVZ zal in de paragraaf *Consequenties* die onderdeel uitmaakt van de duiding, zoveel mogelijk aangeven welke gevolgen het ziet voor de uitvoeringspraktijk. Het zal de betrokken verantwoordelijke partijen, zoals de verzekeraars, de NZa, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de zorgaanbieders op deze consequenties wijzen, zodat zij daar snel op kunnen in spelen om ongewenste gevolgen te voorkomen of op te vangen. Het CVZ kan deze situatie op zich niet voorkomen, want wij leggen de wet uit. Wel kan het tot op zekere hoogte de uitvoeringsproblemen signaleren en in een zo vroeg mogelijk stadium kenbaar maken aan betrokken partijen.

5.d. Standpunten CVZ: te verzekeren zorg

Het CVZ heeft van de volgende zorgvormen vastgesteld dat deze behoren tot de te verzekeren zorg:

- **Preconceptiezorg (april 2008)**

Het CVZ is van oordeel dat:

- een programmatische aanpak waarbij paren met een kinderwens actief worden opgespoord en benaderd om hen een individueel preconceptieconsult aan te bieden past niet binnen de Zorgverzekeringswet;
- collectieve maatregelen gericht op alle vrouwen met een kinderwens niet binnen de Zorgverzekeringswet passen;
- deze selectieve preventie in de vorm van voorlichtingscampagnes gericht op alle vrouwen met een kinderwens een taak van de overheid is;
- onderdelen van het individuele preconceptieconsult tot de te verzekeren zorg kunnen behoren, mits hierom gevraagd.

Het CVZ deelt de opvatting van de Gezondheidsraad dat protocollering van preconceptiezorg in medische richtlijnen noodzakelijk is. Het CVZ deze richtlijnen preconceptiezorg van de betrokken beroepsgroepen beoordelen en een standpunt in te nemen over de inhoud en omvang van het preconceptieconsult in het kader van de Zvw.

- **Begeleiding bij stoppen met roken (juni 2008)**

Van de begeleiding bij het stoppen met roken voldoen de volgende interventie aan de criteria 'plegen te bieden' en zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk:

1. Korte interventies, zoals de eenmalige korte stopadviezen in een gebruikelijk zorgcontact in de eerste of tweede lijn.
2. Intensieve vormen van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel) bij stoppen met roken, bestaande uit een serie van ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een tijdsbestek van één tot enkele maanden.
3. De farmacotherapeutische interventie in de vorm van nortriptyline bij het stoppen met roken.

Eerstelijnspsychologische zorg, onderdeel van geneeskundige zorg, is in de Zvw beperkt tot acht zittingen per kalenderjaar.

- **Epilatie bij transseksuelen (september 2008)**

In het Pakketadvies 2007 heeft het CVZ een overzicht (toetsingskader) opgenomen van de te verzekeren prestaties die aan de orde zijn bij transseksualiteit. Nu heeft het CVZ het onderdeel epilatie nader gedefinieerd. Het gaat hierbij vooral om het wettelijk criterium 'verminking'.

Het CVZ is van oordeel dat epilatie van het peruneo-scrotaal/vaginaal gebied tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw behoort. In de regel geldt dit ook voor epilatie van baard (gezichts- en halsbehaaring).

Epilatie van romp/ledematen (lichaamsbehaaring) valt *doorgaans niet* onder de dekking van de basisverzekering.

- **Zorg verleend door orthoptisten (september 2008)**

Het CVZ concludeert orthoptische zorg bij amblyopie (lui oog), strabismus (scheelzien), diplopie (dubbelzien), asthenopie (zwakte van het oog) en refractie-afwijking (brekingafwijking) behoort tot de zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Dit neemt niet weg dat er sprake is van een zelfstandige beroepsuitoefening door de orthoptist. Omdat de orthoptische zorg ook voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk behoort deze zorg (bij genoemde aandoeningen) tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.

- **Zorg verleend door optometristen (september 2008)**

De optometrist verricht diagnostiek in de oogheeskundige zorg. Een deel van de diagnostiek die optometristen leveren, komt overeen met de algemeen gebruikelijke diagnostische technieken binnen de oogheeskundige zorg. Gezien de mogelijke taakherschikking binnen het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeksmogelijkheden behoren de door optometristen gehanteerde diagnostische technieken tot de geneeskundige zorg en valt dat deel van de diagnostische

technieken van de optometrist onder de te verzekeren prestaties van de Zvw.

Geen te verzekeren prestaties zijn refractiemetingen ten behoeve van het aanmeten van brillen en contactlenzen, inclusief de reguliere controles van contactlenzen en refractiemetingen als voorbereiding van voorgenomen refractiechirurgie.

Ook de selectieve preventiestrategieën die in de basisonderzoeksrichtlijn (BOR) worden genoemd vallen niet onder de te verzekeren prestaties.

- **Hanen-ouderprogramma (september 2008)**

Doel van het Hanen-ouderprogramma is het verbeteren/stimuleren van de spraaktaalontwikkeling van jonge kinderen via verbetering van de kwaliteit van de ouder-kind interactie. Het CVZ concludeert dat de totale evidence van voldoende kwaliteit is en consistent aantoonde dat het Hanen-programma bij kinderen met een spraaktaalstoornis in de leeftijd van 1,5 tot 5 jaar en met een indicatie voor logopedie zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Het Hanen-programma behoort voor deze groep kinderen tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.

- **Beating the Blues (september 2008)**

Beating the Blues is een cognitieve gedragstherapie waarbij gebruik wordt gemaakt van een intelligent kennissysteem ter behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. Het CVZ is van oordeel dat de effectiviteit van Beating the Blues bij lichte tot matige depressie voldoende aannemelijk is om te aanvaarden als zorg die behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk. Het toepassen van Beating the Blues bij deze indicaties is dan ook een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

Dit standpunt geldt *niet* voor de toepassing van deze methode bij angststoornissen.

- **Preventie van depressie (september 2008)**

Het CVZ concludeert dat preventieve interventies voor depressie die bestaan uit één of meer therapeutische principes behoren tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw. Het moet dan gaan om één van de volgende therapeutische principes: cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijk therapie, problem solving therapy en psycho-educatie. Preventie is geïndiceerd voor mensen met een (beginnende) subklinische depressie. Hiervan is sprake als een persoon één kernsymptoom, bijvoorbeeld een neerslachtige stemming, en maximaal drie andere symptomen van depressie heeft, bijvoorbeeld een ontregelde slaap, energiegebrek en een gebrek aan eetlust. Van een depressie is dan (nog) geen sprake.

- **DBC beoordeling radiotherapie gecombineerd met hyperthermie in patiënten met mesothelioom entmetastasen of recidief rectumcarcinoom (december 2008)**

Combinatie therapie van radiotherapie (RT) en hyperthermie (HT) bij patiënten met mesothelioom entmetastasen of een recidief rectumcarcinoom is conform stand van de wetenschap en praktijk. Waarbij dit voor recidief rectumcarcinoom beperkt is tot een inoperabel recidief dat eerder bestraald is en waarbij adequate palliatie door middel van RT alleen niet mogelijk is. Op basis van de andere pakketprincipes ziet het CVZ geen reden om aan te bevelen dat de behandeling RT+HT expliciet uitgesloten zou moeten worden van de te verzekeren prestaties voor deze indicaties.

- **Vroege interventie arbeidsrevalidatie (december 2008)**

Het CVZ concludeert dat de Quicksan uitgevoerd onder leiding van een revalidatiearts als onderdeel van de Vroege Interventie bij langdurige a-specifieke klachten van het houdings- en bewegingsapparaat, behoort tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.

- **Oncologische revalidatie (december 2008)**

Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat zorg gericht op de functionele, fysieke, psychische en sociale problemen verbonden met kanker, inclusief nazorg en revalidatie, onderdeel uitmaakt van de oncologische zorg. Het gaat hierbij om het geven van advies en waar nodig begeleiding bij het omgaan met de ziekte (coping), herstel, conditieverbetering en het in stand houden van de conditie. Oncologische revalidatie moet zich richten op alle fasen waarin een kankerpatiënt zich kan bevinden (diagnose - behandeling - nazorg).

Oncologische revalidatie, zoals hierboven omschreven is onderdeel van oncologische zorg en daarmee geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Het is zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden en zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Oncologische revalidatie is daarmee aan te merken als een te verzekeren prestatie in de zin van de Zvw. In individueel geïndiceerde gevallen kan ook fysiotherapeutische hulp, oefentherapeutische hulp of klinisch psychologische hulp te verzekeren zorg betreffen.

Er is onvoldoende evidence gevonden over de werkzaamheid en effectiviteit van specifieke oncologische revalidatie-programma's als Herstel en Balans. Geen van de onderzoeken toont een meerwaarde aan van de combinatie van fysieke beweging en psychologische zorg op grond van de normen die zijn vastgelegd in het rapport Beoordeling stand van de

wetenschap en praktijk¹⁶. Het CVZ stelt zich op het standpunt dat deze programma's niet zijn aan te merken als een te verzekeren prestatie.

- **Kosten overplaatsing apparatuur op nieuwe rolstoel (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ heeft standpunten ingenomen over de vraag wie de kosten van het (over)plaatsen van apparatuur op een (nieuwe) rolstoel voor zijn rekening moet nemen, de zorgverzekeraar (Zvw) of het zorgkantoor (AWBZ). Het gaat om de volgende situaties:

- robotarm in thuissituatie = Zvw
- robotarm in AWBZ-instelling = Zvw of AWBZ
- beademingsapparatuur in thuissituatie = Zvw
- beademingsapparatuur in AWBZ-instelling = Zvw
- zuurstofapparatuur in thuissituatie = Zvw
- zuurstofapparatuur in AWBZ-instelling = Zvw of AWBZ

Of bij de robotarm en zuurstofapparatuur toepassing van de Zvw of AWBZ aan de orde is, is afhankelijk van de vraag of verzekerde naast een indicatie voor verblijf ook een indicatie voor behandeling heeft in dezelfde instelling. Bij een indicatie voor zowel verblijf als behandeling is de AWBZ van toepassing, bij alleen een indicatie voor verblijf is de Zvw in beeld.

- **Aan- en uittrekhulpen voor elastische kousen (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ is van mening dat voorkomen moet worden dat AWBZ-zorg wordt geleverd, als een hulpmiddel kan volstaan. Het CIZ zal een aanvraag voor thuiszorg die uitsluitend betrekking heeft op het aan- en uittrekken van kousen afwijzen als een verzekerde zelfstandig in staat is een aan- en/of uittrekhulpmiddel te gebruiken. Als het CIZ geen indicatie heeft afgegeven voor persoonlijke verzorging komt verzekerde in aanmerking komt voor een aan- en/of uittrekhulp op grond van de Zvw.

- **Persoonlijk alarmeringsapparatuur en digitale telefonie (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ is van oordeel dat zorgverzekeraars functionerende hulpmiddelen moeten verstrekken. Bovendien moeten deze gebruiksklaar, dus inclusief installatie, worden afgeleverd. Zolang alarmeringsapparatuur zonder analoge lijn niet goed functioneert, is het redelijk dat de verzekeraar de eenmalige extra kosten van de analoge aansluiting betaalt als onderdeel van het installeren van de alarmeringsapparatuur.

- **Diagnostiek en behandeling van OSAS bij volwassenen (februari 2009)**

Het CVZ heeft de conceptrichtlijn Diagnostiek en behandeling

¹⁶ CVZ. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2006. Publikatienummer 07/254.

van OSAS bij volwassenen beoordeeld en acht de volgende behandeling zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk:

- hulp bij stoppen met roken (uitgezonderd de nicotinevervangende zelfzorgmiddelen, bupropion voor de indicatie stoppen met roken en varenicline);
- gewichtsvermindering;
- positietherapie;
- chirurgische ingrepen (exclusief neuschirurgie) bij geselecteerde patiënten;
- CPAP indien sprake is van een klinisch relevant matig of ernstig OSAS, waarbij conservatieve maatregelen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid;
- MRA: voor volwassenen met lichte tot matige OSAS en voor patiënten die CPAP-behandeling niet kunnen verdragen of bij wie CPAP-behandeling niet succesvol is. Aangezien een wetwijziging nodig is voordat MRA een te verzekeren prestatie is, zal MRA op zijn vroegst 1 januari 2010 extramuraal te verzekeren zorg zijn (zie ook paragraaf 4.b.).

Het CVZ is van oordeel de volgende behandelingen bij OSAS **geen** zorg betreffen conform de stand van de wetenschap en praktijk:

- medicamenteuze behandeling;
- neuschirurgie.

- **Hyperbare zuurstoftherapie (HBOT – februari 2009)**

HBOT kan worden aangemerkt als zorg die medisch specialisten plegen te bieden. In 2005 heeft het CVZ geoordeeld dat HBOT voor een aantal indicaties te verzekeren zorg is. In dit standpunt geeft het CVZ een update. HBOT is zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk voor de volgende indicaties:

- decompressieziekte, gasembolieën;
- koolmonoxide intoxicatie in geval van verlaagd bewustzijn bij opname, zwangerschap of klinische neurologische, cardiale, pulmonale of psychische symptomen;
- weke delen infecties anaëroob of gemengd (uitsluitend ernstige, levensbedreigende infecties zoals gasgangreen of necrotiserende fasciitis);
- crush letsels, andere acute traumatische ischemie met gecompromitteerde circulatie, compartimentsyndroom, replantatie extremiteiten, huid- en myocutane plastieken met gecompromitteerde circulatie;
- diabetische ulcera;
- (osteo)radionecrose (ongeacht in welk gebied zich dit bevindt);
- radiatiecystitis, proctitis en enteritis;
- chronische therapierefractaire osteomyelitis.

HBOT is **geen** zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk voor de volgende indicaties:

- acute doofheid;
 - tinnitus;
 - niet-diabetische ischemische ulcera;
 - cerebrale hypoxie, traumatisch of na CVA;
 - brandwonden;
 - ischemische oogafwijkingen;
 - multipele sclerose;
 - acuut coronair syndroom;
 - maligne otitis externa;
 - acute traumatische hersenschade;
 - anoxische encephalopathie;
 - recidief neuroblastoom gr IV;
 - pneumatosis intestinalis;
 - tumor sensitivatie voor radiotherapie;
 - fractuurgenezing;
 - ernstige anemie;
 - autisme;
 - facialisparese;
 - spierpijnen en weke delen letsels;
 - migraine;
 - cluster hoofdpijn;
 - tandheelkundige ingrepen algemeen;
 - hepatitis;
 - M. Crohn;
 - cognitieve stoornissen;
 - infertiliteit;
 - chirurgische ingrepen algemeen.
- **Behandeling osteotomie en orthodontie (februari 2009)**

Omdat in de uitvoeringspraktijk onduidelijkheid bestaat over de toepassing van de indicatiecriteria voor de behandeling osteotomie-orthodontie geeft het CVZ op dit terrein een aanvulling op een eerder standpunt.

Eerder oordeelde het CVZ dat indien de behandeling plaatsvindt in het kader van de 'bijzondere tandheelkunde', en de verzekerde niet voldoet aan het indicatiecriterium voor orthodontie (er is geen sprake van een ernstige skelettale aandoening), ook de osteotomie niet voor vergoeding in aanmerking komt. Voor een kleine groep mensen met een ernstig functioneel probleem beperkt dit de toegang tot zorg uit de basisverzekering. Zorginhoudelijk is dit niet gewenst.

De aanvulling op het standpunt bestaat eruit dat indien de behandeling plaatsvindt in het kader van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (er is wel sprake van een ernstige skelettale aandoening), het indicatiecriterium voor orthodontie geen rol speelt bij de beoordeling van de osteotomie. Dit indicatiecriterium heeft immers alleen betrekking op de 'bijzondere tandheelkunde'. De verzekerde

komt in aanmerking voor vergoeding van de osteotomie. De orthodontische behandeling komt slechts dan voor vergoeding in aanmerking wanneer de verzekerde voldoet aan de voorwaarden zoals die zijn opgenomen in artikel 2.7, derde lid, van het Bzv.

- **Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie (februari 2009)**

Het CVZ concludeert dat de gecombineerde leefstijlinterventie, bestaat uit drie componenten: advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ concludeert dat de gecombineerde leefstijlinterventie als geheel effectiever is dan de inzet van de afzonderlijke componenten en heeft derhalve de interventie als geheel beoordeeld. De interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk

Verskillende componenten van de interventie behoren tot de geneeskundige zorg. Advisering over en begeleiding bij dieet, beweging en gedragsverandering behoren tot de zorg zoals huisartsen, verloskundigen, medisch specialisten, fysio- en oefentherapeuten en diëtisten plegen te bieden.

Omdat er aan de paramedische prestatie voorwaarden zijn verbonden (de zogenoemde chronische lijst, art. 2.6 Bzv) behoort de leefstijlinterventie niet volledig tot de te verzekeren prestatie. Overgewicht en diabetes komen namelijk niet voor op de chronische lijst.

Omdat het hier zorg betreft die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk én omdat de interventie tot de geneeskundige zorg behoort, ziet het CVZ twee mogelijkheden om deze barrière op te heffen:

- vermelding van de aandoeningen overgewicht en obesitas op de zogenoemde chronische lijst;
- het opnemen van de gecombineerde leefstijlinterventie als aparte te verzekeren prestatie in art 2.4 Bzv.

De kosten verbonden aan deze interventie zullen gelet op de omvang van de doelgroep groot zijn. Op dit moment is nog onvoldoende duidelijk welke deel van de doelgroep daadwerkelijk een beroep op deze interventie zal doen. Daarnaast zullen tegenover de kosten ook opbrengsten staan, bijvoorbeeld door het afnemen van medicijngebruik. Het CVZ voert onderzoek uit naar de kostenconsequenties en zal hierover nader rapporteren.

- **Preventie van diabetes: verzekerde zorg (februari 2009)**

Diabetes is te voorkomen of uit te stellen met dezelfde interventies als genoemd bij preventie van overgewicht en obesitas (zie hierboven). Het CVZ onderscheidt twee groepen met een verhoogd risico op diabetes. De eerste groep bestaat uit personen die een score van ≥ 10 hebben op de Nederlandse

Diabetes Risicotest. Bij de tweede groep gaat het om personen met prediabetes, gedefinieerd als een gestoorde nuchtere glucosewaarde en/of een gestoorde glucosetolerantie.

Voor wat betreft het voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en plegen te bieden van de gecombineerde leefstijlinterventie in zijn geheel, geldt hetzelfde als hierboven gesteld bij de preventie van overgewicht en obesitas

Omdat diabetes niet voorkomt op de zogenoemde chronische lijst, ziet het CVZ ook hier twee mogelijkheden om deze barrière op te heffen:

- vermelding van de aandoeningen overgewicht, obesitas en DM 2 op de chronische lijst;
- het opnemen van de gecombineerde leefstijlinterventie als aparte te verzekeren prestatie in art 2.4 Bzv.

- **DBC beoordeling behandeling van benigne prostaathyperplasie met KTP-laser (maart 2009)**

Het CVZ is van oordeel dat laservaporisatie met de KTP-laser (Kalium Titanyl Phosphate), zorg conform stand van de wetenschap en praktijk, in patiënten met 'lower urinary tract symptoms' (LUTS) door benigne prostaat hyperplasie (BPH) bij wie behandeling met geneesmiddelen onvoldoende verlichting biedt én ze minstens aan één van de volgende twee criteria voldoen:

- er is sprake van een milde vergroting van de prostaat*;
- het hoog risico patiënten zijn of patiënten die antistollingsmiddelen gebruiken, ongeacht de mate van vergroting van de prostaatklier.

Op basis van de andere pakketprincipes ziet het CVZ geen reden om aan te bevelen dat de behandeling voor deze indicaties expliciet uitgesloten zou moeten worden van de te verzekeren prestaties.

*Uit literatuur blijkt geen duidelijke afkapwaarde wat betreft de vergroting van de prostaat. Vanaf 70-85 ml is er sprake van een sterke vergroting.

- **Manuele fysiotherapie (maart 2009)**

Manuele fysiotherapie is zorg zoals fysiotherapeuten die plegen te bieden.

Over de vraag of manuele fysiotherapie zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk kan het CVZ geen algemene uitspraak doen. Het CVZ zal op basis van nader onderzoek in het kader van een update van de zogenoemde chronische lijst over een aantal indicaties aangeven of manuele fysiotherapie effectief is en of deze zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Of manuele fysiotherapie bij die aandoeningen een te verzekeren prestatie als bedoeld in de Zvw betreft, beoordeelt het CVZ dan.

5.e. Standpunten CVZ: geen te verzekeren zorg

Het CVZ heeft van de volgende zorgvormen vastgesteld dat deze *niet* behoren tot de te verzekeren zorg:

- **DBC beoordeling ballonkyphoplastiek voor de behandeling van symptomatische compressie wervelfracturen (juni 2008)**

Ballonkyphoplastiek is een nieuwe invasieve techniek voor de behandeling van symptomatische compressie wervelfracturen. Het CVZ heeft beoordeeld of deze nieuwe behandeling tot de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw behoort en concludeert dat tot het verschijnen van valide data van een randomised controlled trial deze behandeling niet voldoet aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Daarmee is de ballonkyphoplastiek op dit moment geen te verzekeren prestatie.

- **PTED bij lumbale HNP (juli 2008)**

Percutane transforaminale endoscopische dissectomie bij lumbale hernia nucleus pulposi voldoet niet aan het criterium zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. In een RCT van goede kwaliteit en met een voldoende lange follow-up zullen de voordelen van deze interventie ten opzichte van de gouden standaard (microchirurgische dissectomie) moeten worden onderzocht.

- **Multifocale of accommoderende lensimplantatie na cataractoperatie (augustus 2008)**

In het Pakketadvies 2007 nam het CVZ het standpunt in dat het gebruik van multifocale of accommoderende lenzen bij een cataractoperatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Gezien de technologische ontwikkelingen op dit terrein heeft het CVZ een nieuwe literatuurbeoordeling uitgevoerd. Deze nieuwe beoordeling leidt niet tot een andere conclusie.

- **Oefen- en ontspanningstherapie bij angststoornissen (november 2008)**

Op grond van de beschikbare wetenschappelijke literatuur concludeert het CVZ dat psychosomatische fysiotherapie bij angststoornissen niet voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk. Oefen- en ontspannings-therapie als onderdeel van psychosomatische fysiotherapie behoort niet tot de te verzekeren prestaties ingevolge de Zvw.

- **Verhuiskosten bij thuisdialyse (Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009)**

Het CVZ is van oordeel dat een verzekerde niet redelijkerwijs is aangewezen op vergoeding van de kosten van verhuizing verband houdende met de thuisdialyse, als er minder dan 7 jaar geleden een woningaanpassing heeft plaatsgevonden voor

thuisdialyse, tenzij er belangrijke redenen zijn voor de verhuizing.

- **Preventie GGZ voor KOPP en mantelzorgers (maart 2009)**

Het CVZ heeft het standpunt ingenomen dat preventieve programma's voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en voor mantelzorgers niet behoren tot geïndiceerde preventie, maar tot selectie preventie. Selectieve preventie behoort niet tot het domein van de Zvw, maar tot dat van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

- **Manuele geneeskunde (maart 2009)**

Manuele geneeskunde is geen zorg zoals huisartsen of medisch-specialisten die plegen te bieden. De vraag of manuele geneeskunde zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk is daarom niet aan de orde.

Bij manuele geneeskunde gaat het niet om een te verzekeren prestatie als bedoeld in de Zvw.

5.f. Chronische lijst fysiotherapie

In 1996 trad - onder de Ziekenfondswet - de lijst 'Aandoeningen langdurige en intermitterende fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck' in werking, in de praktijk veelal de 'chronische lijst' genoemd. Op deze lijst staan de aandoeningen die door de fysiotherapeut of oefentherapeut mogen worden behandeld ten laste van de Zvw.

Voor verzekerden jonger dan 18 jaar worden alle behandelingen vergoed van de in de chronische lijst genoemde aandoeningen. Bij niet genoemde aandoeningen, worden 9 behandelingen per kalenderjaar vergoed en, als het resultaat onvoldoende is, maximaal 9 extra behandelingen.

Verzekerden van 18 jaar en ouder komen alleen in aanmerking voor behandeling van de in de chronische lijst genoemde aandoeningen. De kosten van de eerste 9 behandelingen komen voor eigen rekening.

In de praktijk blijken fysiotherapeuten, oefentherapeuten, zorgverzekeraars, patiënten en verwijzers knelpunten te ervaren met het gebruik van de chronische lijst. Dit leidde tot onduidelijkheden en interpretatieverschillen in de uitvoering. Het CVZ heeft in 2007 een inventariserend onderzoek laten uitvoeren naar knelpunten binnen de chronische lijst fysiotherapie.

Op basis van het onderzoeksrapport heeft het CVZ de informatie over fysiotherapie en oefentherapie op zijn website verduidelijkt. Voor verzekeraars is verduidelijkt welke betekenis de chronische lijst heeft en wat de consequenties

zijn van de invoering van de functiegerichte omschrijving van de fysio- en oefentherapie in de Zvw.

Verder richt het CVZ zich op de actualisering van de chronische lijst. Hierbij staat de vraag centraal waarom bepaalde aandoeningen wel of niet op die lijst staan. Daarnaast gaat het om de vragen waarom de aandoeningen en niet de beperkingen in het functioneren het uitgangspunt zijn, wat bekend is over de behandeldoelen en of daar een termijn aan gesteld kan worden.

Als aan de lijst toe te voegen aandoeningen zijn in het onderzoeksrapport artrose, fibromyalgie, meervoudige bewegingsproblemen bij ouderen, osteoporose zonder fractuur en hartfalen genoemd. Vastgesteld dient te worden of behandeling van deze aandoeningen voldoet aan de eisen die de Zvw aan de te verzekeren prestatie fysiotherapie en oefentherapie stelt (zorg zoals fysio- en oefentherapeuten plegen te bieden en bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk).

Het CVZ pakt dit clustergevijs aan. De eerste beoordelingsronde betreft bepaalde aandoeningen van het bewegingsapparaat, te weten reumatoïde arthritis of chronische reuma, chronische arthritiden, reactieve arthritis, juveniele chronische arthritis, arthrose, fibromyalgie en meervoudige bewegingsproblemen bij ouderen. Het streven is de totale lijst in de komende vier jaar te beoordelen.

6. Financiële gevolgen adviezen en standpunten

<i>Verskillende factoren van belang</i>	De kosten van het te verzekeren pakket ontwikkelen zich onder meer op basis van demografische ontwikkelingen, groei van het aantal (chronisch) zieken, loon- en prijsontwikkelingen, het instromen van nieuwe diagnostiek en behandelingen op grond van stand van wetenschap en praktijk en op grond van pakketbeslissingen. Bij dit laatste gaat het bijvoorbeeld over het toelaten van nieuwe genees- en hulpmiddelen tot de te verzekeren zorg, maar ook om andere pakketbeslissingen om prestaties te laten instromen, uitstromen of nadere voorwaarden te stellen.
<i>Groei 2007-2009: € 3,8 miljard</i>	Zoals aangegeven is in bijlage 1 komen de kosten van zorg ten laste van de Zvw en AWBZ in 2009 naar verwachting uit op ongeveer 56,4 miljard euro. De voorlopige zorguitgaven voor 2007 bedragen circa 52,6 miljard euro. Dit betekent dat de zorguitgaven in de periode van 2007 tot en met 2009 met € 3,8 miljard euro, ongeveer 7,2 procent, zullen toenemen.
<i>Financiële gevolgen van dit pakketadvies</i>	De adviezen dit het CVZ in het Pakketadvies 2009 geeft leiden per saldo tot een kostentoeename van ruim € 4 miljoen. Hierna geeft het CVZ de financiële consequenties van zijn adviezen weer.
<i>Kostengroei</i>	<p>De structurele kosten van het advies om het mandibulair repositie apparaat aan te merken als een te verzekeren prestatie bedragen op jaarbasis € 3,7 miljoen. Als gevolg van een inhaalvraag zullen de kosten in de eerste jaren waarschijnlijk hoger liggen.</p> <p>De kosten van de geadviseerde verhoging van het maximum vergoedingsbedrag voor haarwerken bedrag op jaarbasis circa € 2 miljoen. Het advies over de opname van geneesmiddelen bij de vruchtbaarheidsbehandelingen I.O. en I.U.I. leidt op jaarbasis tot een kostentoeename van € 5,5 miljoen.</p>
<i>Kostenreductie</i>	Het uitstroomadvies over de acetylcysteïne levert een vermindering van de kostengroei in de Zvw op van € 7 miljoen.
<i>Risicoverevening</i>	De in- en uitstroomadviezen, de systeemadviezen en de standpunten leiden tot voorstellen voor aanpassing van de systematiek van de risicoverevening.

7. Reacties belanghebbende partijen

7.a. Geconsulteerde partijen

Benaderde partijen Het CVZ heeft het conceptrapport *Pakketadvies 2009*

voorgelegd aan de volgende betrokken partijen:

- ActiZ Organisatie van zorgondernemers
- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- BioFarmind Belangenvereniging voor de medisch biotechnologische industrie in Nederland
- Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (BOGIN)
- Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN)
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)
- Centrale samenwerkende ouderenbonden (CSO)
- Consumentenbond
- Federatie van Technologiebranches (FHI)
- Firevaned
- GGZ Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Nederlandse Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (NEFARMA)
- Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Industrie voor Orthopaedietechniek (NIVO)
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Nederlandse Vereniging van Orthopedisch Schoentechnici NVOS-Orthobanda
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Nederlandse Zorgautoriteit NZa
- Nefemed
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Platform GGZ
- Revalidatie Nederland
- Stichting Overleg Medische Technologie (SOMT)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Vereniging Nederlandse gemeenten (VNG)
- Vereniging van ziekenhuizen (NVZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

***Bijeenkomst
belanghebbende
partijen***

Tijdens de bestuurlijke consultatieronde heeft het CVZ een bijeenkomst voor belanghebbende partijen georganiseerd over het pakketbeheer, waaronder het Pakketadvies 2009. Doel van deze bijeenkomst, die plaatsvond op 29 januari 2009, was het advies nader toe te lichten en vragen te beantwoorden. De uitkomsten konden de belanghebbende partijen betrekken bij hun bestuurlijke reactie.

7.b. Algemene reacties

Van 16 partijen is een bestuurlijke reactie ontvangen. Deze reacties en het antwoord van het CVZ daarop treft u aan als bijlage 5.

Hierna vat het CVZ de kern van de reacties samen. Eerst gaat het CVZ in op de reactie die het algemene deel van dit pakketadvies betreffen (de hoofdstukken 1 tot en met 3) en vervolgens op de reacties op de specifieke adviezen.

Steun

Bij partijen is steun voor de manier waarop het CVZ invulling geeft aan zijn taak van pakketbeheerder. De CG-raad en CSO zijn het niet eens met de manier waarop invulling is gegeven aan het pakketprincipe noodzakelijkheid, maar zijn verheugd dat het CVZ een heroverweging van dit principe heeft geprogrammeerd. ZN constateert met instemming dat het CVZ de uitgangspunten voor pakketbeheer, inclusief de beoordelingscriteria, blijft hanteren en daarbinnen een prioritering aanbrengt. Hiermee neemt het pakketbeheer een belangrijke plaats in binnen de cyclus van afweging en mogelijke aanpassing van aanspraken op grond van de Zvw. Ook de NPCF geeft aan dat de cyclische benadering van pakketbeheer een overzichtelijk en werkbaar proces is. Gelet op de toenemende spanning tussen behandelingsmogelijkheden en schaarse middelen, wijst de NVZ op het belang van een transparant pakketbeheer op basis van maatschappelijk breed gedragen criteria. Het CBO geeft aan dat het CVZ de CBO-richtlijnen, waar van toepassing, goed heeft gehanteerd.

De KNMG vindt het noodzakelijk dat het pakket in de toekomst toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar blijft. Het CVZ zal samen met alle betrokken partijen sturing moeten geven aan bijvoorbeeld de discussie over rechtvaardige en duurzame zorg. Ook Nefarma onderschrijft het belang van gepast gebruik en de rol die richtlijnen en zorgstandaarden kunnen bieden bij het bieden van effectieve zorg. Wel tekent Nefarma daarbij aan dat het gemotiveerd afwijken van richtlijnen door artsen niet mag leiden tot bijbetaling voor de patiënt. De NPCF vindt de ontwikkelingen die het CVZ in het kader van gepast gebruik schetst waardevol en pleit voor het ontwikkelen van een gezamenlijke strategie. Verder geeft de NPCF aan dat het onvoldoende onderscheid ziet tussen de rol die het CVZ vervult bij het geven van adviezen en bij het innemen van standpunten.

Innovatie

SOMT, Nefarma en ZN reageren op het thema innovatie. SOMT is van mening dat de oprichting van de Zorginnovatiewijzer lang op zich heeft laten wachten en dat in dit pakketadvies geen aandacht wordt besteed aan de wijze waarop de NZa, ZonMw en het CVZ binnen de Zorginnovatiewijzer samenwerken. Nefarma vindt dat innovaties zo snel mogelijk toegankelijk moeten worden voor de patiënt als deze effectief blijken. ZN vreest dat met de Zorginnovatiewijzer een nieuw loket ontstaat dat kan leiden tot meer bureaucratie, zonder dat er een garantie is dat de door iedereen gewenste zorgvernieuwing daarmee sneller wordt bereikt.

ZN merkt op dat het CVZ soms tot op detailniveau ingaat op de vraag of zorg behoort tot de te verzekeren prestaties. ZN pleit ervoor te voorkomen dat de ruimte die verzekeraars hebben om de functioneel omschreven aanspraak nader in te vullen hierdoor op voorhand moet worden ingeperkt.

De KNMG verzoekt in zijn algemeenheid om een vroegere en meer systematische raadpleging van belanghebbende partijen als het gaat om de samenstelling van het pakket.

In hun brieven, maar ook tijdens de bijeenkomst op 29 januari 2009 hebben meerdere partijen erop gewezen dat op het moment dat het CVZ een standpunt inneemt dat een bepaalde zorgvorm tot de te verzekeren prestatie behoort, dit niet betekent dat de verzekerden in de praktijk deze zorg ook kunnen krijgen. Er kan sprake zijn van een 'mismatch' tussen prestaties en bekostiging omdat de Zvw en de Wmg onvoldoende op elkaar aansluiten. Ook kan de uitvoeringspraktijk nog onvoldoende toegerust zijn om die zorgvorm op een adequate wijze aan te bieden.

In hun algemene reactie op het deelrapport Hulpmiddelenzorg 2009 gaan de belanghebbende partijen vooral in op het functiegerichte omschrijven en de relatie tussen de activiteiten van het CVZ op dat terrein en de initiatieven die het veld zelf ontplooit.

ZN formuleert een aantal randvoorwaarden voor het invoeren van de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg.

Het CVZ constateert dat er dat er bij belanghebbende partijen steun is voor de wijze waarop het CVZ invulling geeft aan het pakketbeheer. De vier centrale thema's die het CVZ in dit advies onderscheid kunnen rekenen op draagvlak. De algemene reacties hebben niet geleid tot wijzigingen in het algemene deel van dit advies. Wel heeft het CVZ een paragraaf toegevoegd over het hiaat tussen een duiding van het CVZ over de te verzekeren zorg en het daadwerkelijk kunnen leveren en verkrijgen van die zorg. (zie 5 c). Op het terrein van de oncologische revalidatie organiseert het CVZ een

bijeenkomst met belanghebbende partijen om hen te faciliteren bij de implementatie van de oncologische revalidatie in de uitvoeringspraktijk.

In het deelrapport Hulpmiddelenzorg is een extra paragraaf opgenomen waarin het CVZ de relatie tussen zijn adviezen en de rol van belanghebbende partijen nader omschrijft. Het gaat de implementatie van het classificatiesysteem Cliq, de Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg en de ontwikkeling van zorgprotocollen.

7.c. Reacties op specifieke adviezen

Een groot aantal belanghebbende partijen heeft gereageerd op het advies over de overheveling van de somatische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw. Andere reacties betreffen de in het deelrapport Hulpmiddelenzorg opgenomen adviezen over de maximum vergoeding van haarwerken en over de voorzieningen voor de bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid.

De ontvangen reacties zijn voor het CVZ aanleiding geweest het advies over de overheveling van de somatische revalidatiezorg te wijzigen. Hieronder gaat het CVZ nader in op de drie adviezen en op de afweging die hij heeft gemaakt.

• Overheveling somatische revalidatiezorg

In het conceptadvies stelde het CVZ voor om de somatische revalidatiezorg onder de werkingssfeer van de Zvw te brengen en die te beperken tot een periode van zes maanden.

Belanghebbende partijen hebben aangegeven dat:

1. een goede afbakening tussen revalidatie geneeskunde en somatische reactivering van belang is en dat de termijn van een half jaar onwenselijk is en dat die termijn conform de overige revalidatie 365 dagen zou moeten zijn;
2. onduidelijk is hoeveel geld met die overheveling is gemoeid;
3. de termijn van zes maanden tot niet optimale zorg kan leiden, met name in situaties waarin binnen deze periode blijkt dat een verzekerde is aangewezen op langdurige zorg omdat sprake blijkt te zijn van een onomkeerbare functiebeperking;
4. er voor zorgaanbieders een titel moet zijn om de zorg te kunnen declareren en bekostigd te krijgen.

In de Zvw valt de (medisch-specialistische) revalidatiezorg onder de geneeskundige zorg en is niet afzonderlijk omschreven. Bij de overheveling van de somatische revalidatiezorg uit de AWBZ naar de Zvw geldt dat ook deze zorg komt te vallen onder de geneeskundige zorg. Het CVZ heeft geadviseerd om aan de omschrijving van geneeskundige

zorg in artikel 2.4. Bzv toe te voegen 'de somatische revalidatiezorg, zoals verpleeghuisartsen plegen te bieden'. Naar de mening van het CVZ is het van therapeutisch belang dat een goede afbakening plaatsvindt tussen de patiëntengroepen die primair zijn aangewezen op 'medisch-specialistische' revalidatie en patiëntengroepen die zijn aangewezen op 'somatische revalidatiezorg'. Hoe deze afbakening in de praktijk gestalte krijgt, zal in belangrijke mate afhangen van de (nog te ontwikkelen) richtlijnen en protocollen van de betrokken beroepsgroepen. Het CVZ dringt erop aan dat de beroepsgroepen hierover snel onderling en met de patiëntenverenigingen overleg starten. Vervolgens is het aan de zorgverzekeraars de zorg in hun polissen te beschrijven en de zorg voor hun verzekerden in te kopen. Het is aan de verzekeraars om in hun polis te regelen wie de zorg levert, waar dit gebeurt, en of er indicatievereisten aan zijn verbonden.

Verder heeft het CVZ besloten *niet* te adviseren om de somatische revalidatiezorg wettelijk te beperken tot een termijn van 6 maanden. Het opnemen van een maximum termijn in de wettelijke regeling strookt niet met de functionele omschrijving van deze zorg en de verantwoordelijkheden van partijen die daaruit voortvloeien.

Over de bekostiging en financiering merkt het CVZ het volgende op. De NZa heeft een uitvoeringstoets in voorbereiding die ingaat op de gevolgen op het terrein van financiering en bekostiging bij de overheveling van de somatische revalidatiezorg. De NZa werkt hiervoor enkele scenario's uit.

Verder heeft het ministerie van VWS een project opgezet ter voorbereiding van de overheveling. Een van de doelstellingen van dit project is na te gaan onder welke voorwaarden de overheveling per 1 januari 2010 verantwoord kan plaatsvinden. Samen met belanghebbende partijen gaat het ministerie na op welke wijze de omschrijving van de over te hevelen zorg, de financiering, de bekostiging, de gegevensuitwisseling e.d. moet worden vormgegeven. De uitkomsten moeten leiden tot een beslissing van de bewindslieden in april 2009 over het al dan niet overhevelen van somatische revalidatie per 1 januari 2010. Een beslissing over een grootschalig experiment op basis van de Wmg zou genomen kunnen worden als blijkt dat overheveling per 1 januari 2010 niet mogelijk is.

- **Maximum vergoeding voor haarwerken**

ZN en de CG-raad/CSO hebben gereageerd op het advies van het CVZ om de maximumvergoeding voor haarwerken te verhogen van € 269,50 naar € 374.

ZN acht een verhoging van het bedrag niet nodig omdat op dit moment 90% van de geleverde haarwerken confectie betreft en voor het huidige bedrag geleverd kan worden. CG-raad/CSO pleiten voor een gedifferentieerde vergoeding. Het door het CVZ voorgesteld bedrag van € 374 zou van toepassing moeten zijn voor confectie haarwerk. Voor maatwerk zouden indicatievereisten moeten worden opgesteld, waarbij in geval aan die vereisten is voldaan de volledige kosten van het haarwerk voor vergoeding in aanmerking komen.

Het CVZ ziet geen aanleiding om zijn advies naar aanleiding van bovenstaande reacties te wijzigen. Uit dit onderzoek is gebleken dat ook confectiehaarwerk veelal duurder is dan het huidige vergoedingsbedrag. Dit blijkt ook uit het feit dat de meeste aanvullende polissen een tegemoetkoming kennen in de kosten van haarwerken. Een verhoging van deze maximum vergoeding is niet alleen in belang van verzekerden die een confectiehaarwerk aanschaffen, maar zorgt er ook voor dat verzekerden die maatwerk (moeten) aanschaffen met een lagere bijbetaling worden geconfronteerd. Met het blijven hanteren van één maximum vergoeding ontstaan ook geen extra administratieve lasten.

- **Voorzieningen voor de bedekking van het hoofd**

Het CVZ adviseert om voorzieningen voor de bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid, zoals mutsen, sjalen, bandana's, petten en de mutssja (combinatie van muts en sjaal) niet toe te laten tot de te verzekeren prestaties.

Op dit advies zijn reacties ontvangen van ZN en de CG-raad/CSO. CG-Raad/CSO zijn van mening dat voorzieningen die dezelfde functionaliteit hebben en die kosteneffectief zijn onder de te verzekeren prestaties zouden moeten vallen. ZN vindt de uitwerking van de functiegerichte omschrijving bij kaalhoofdigheid te beperkend. Zorgverzekeraars staan niet onwelwillend tegenover de verstrekking van alternatieve hoofdbedekking als voldaan is aan enkele voorwaarden.

Het CVZ blijft van mening dat voorzieningen die én financieel toegankelijk én algemeen gebruikelijk zijn niet voor vergoeding in aanmerking moeten komen (pakketprincipe noodzakelijkheid). Dit geldt ook als deze voorzieningen mogelijk een alternatief zijn voor andere voorzieningen die wel tot het pakket behoren. Het CVZ handhaaft zijn advies.

8. Adviescommissie Pakket

Maatschappelijke aspecten

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert het CVZ over de maatschappelijke aspecten van zijn pakketadviezen. De samenstelling van de ACP is opgenomen in bijlage 3 bij dit pakketadvies.

In zijn vergadering van 13 maart 2009 heeft de ACP het conceptpakketadvies 2009 en de daarop van belanghebbende partijen ontvangen reacties besproken. Onderstaand het advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het CVZ

In algemene zin merkt de ACP op dat tijdens de bijeenkomst met belanghebbende partijen die op 29 januari 2009 heeft plaatsgevonden er een breed draagvlak was voor dit pakketadvies.

Verder vraagt de ACP het CVZ nog eens na te denken over de mogelijkheid om kansrijke zorg tijdelijk te kunnen financieren opdat nog ontbrekende evidence ontwikkeld kan worden.

Positief advies

De ACP geeft een positief advies over de voorliggende adviezen. Het betreft:

- De nadere definiëring van de begrippen 'poging' en 'doorlopende zwangerschap' bij in-vitrofertilisatie;
- De overheveling van de somatische revalidatie van de AWBZ naar de Zvw;
- De functiegerichte omschrijving van prothesen, inclusief het hanteren van één hogere maximum vergoeding voor haarwerken
- De functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel;
- Het instroomadvies over het mandibulair repositie apparaat;
- Het niet als een te verzekeren prestatie aanmerken van voorzieningen ter bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid;
- Het starten van een interdepartementaal traject om na te gaan hoe de toegankelijkheid van ICT-hulpmiddelen voor en daarmee het onderwijs aan dyslectici kan verbeteren.

Haarwerken

Bij het advies over het verhogen van de maximum vergoeding van haarwerken, merkte de ACP op dat ook deze hogere vergoeding niet de kosten van een op maat gemaakt haarwerk dekt. De ACP adviseert toch positief over het ontwerpadvies omdat de verhoging van de maximum vergoeding een verbetering is ten opzichte van de huidige situatie. Een hogere vergoeding is van belang voor verzekerden die zijn aangewezen op een confectiehaarwerk, en komt ook gedeeltelijk tegemoet aan de (financiële) problematiek bij op maat gemaakt haarwerk. Het blijven hanteren van één maximum vergoeding is verder ook van belang omdat hierdoor geen extra administratieve lasten ontstaan.

Voorzieningen voor hoofdbedekking Het advies om voorzieningen voor de bedekking van het hoofd bij kaalhoofdigheid, zoals mutsen, petten en de mutssja (combinatie van muts en sjaal) niet op te nemen als een te verzekeren prestatie, betreft naar de mening van de ACP een principieel punt. Voorzieningen die én algemeen gebruikelijk én financieel toegankelijk zijn, moeten naar de mening van de ACP niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hiervan zou een ongewenste precedentwerking uitgaan.

ICT-hulpmiddelen Bij zijn positieve advies over het starten van een interdepartementaal traject op het terrein van de ICT-hulpmiddelen voor mensen met dyslexie, wierp de ACP de vraag op of dit soort hulpmiddelen überhaupt op grond van de basisverzekering moeten worden vergoed. De uitkomst van het te starten traject zal hierover duidelijkheid moeten bieden.

9. Besluit CVZ

In zijn vergadering van 30 maart 2009 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ, gehoord de Adviescommissie Pakket, besloten het Pakketadvies 2009 vast te stellen.

College voor zorgverzekeringen

Plv. Voorzitter Raad van Bestuur

mw. H.B.M. Grobbink CCMM

Bijlage 1: Overzicht pakket 2009

1.a. Te verzekeren zorg

De volgende te verzekeren prestaties zijn opgenomen in aparte artikelen van het 'Besluit zorgverzekering' (BZV) (artikelen 2.4 tot en met 2.15):

- geneeskundige zorg, die zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die bieden;
- paramedische zorg, die fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering omvat;
- mondzorg, die zorg omvat zoals tandartsen die bieden;
- farmaceutische zorg (gesloten lijst);
- hulpmiddelenzorg (deels limitatieve lijst);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- zorg zoals verpleegkundigen die bieden in verband met medisch-specialistische zorg;
- zorg zoals kraamverzorgenden die bieden;
- vervoer, dat ziekenvervoer per ambulance, per auto of openbaar vervoer omvat.

In de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het BZV staat beschreven wat wel en niet onder deze te verzekeren prestaties¹⁷ valt. Zo zijn er bijvoorbeeld beperkingen op de gebieden van in-vitrofertilisatie (IVF), plastische chirurgie, fysiotherapie en mondzorg. In de 'Regeling zorgverzekering' staan ook nadere bepalingen over de te verzekeren prestaties, onder meer voor farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. Op grond van artikel 2.1 lid 2 van het BZV worden inhoud en omvang van de hierboven opgesomde prestaties mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (artikel 2.1, tweede lid, Bzv).

In het 'Besluit zorgaanspraken AWBZ' (BZA) is de aard, inhoud en omvang van de zorg geregeld, waarop cliënten aanspraak kunnen doen in het kader van de AWBZ.

In artikel 2 van het BZA zijn vijf functies geformuleerd:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- begeleiding;
- behandeling;
- verblijf.

Overige zorg die ten laste van de AWBZ verzekerd is, betreft:

- voortgezet verblijf

¹⁷ Het CVZ hanteert het begrip 'te verzekeren prestatie' ter onderscheiding van de 'verzekerde prestatie' om aan te geven dat er een verschil is tussen wat in de Zvw staat en wat in de zorgverzekeringpolis staat. In de wet staat wat de verzekeraars moeten verzekeren. In de polis staat waar de verzekerde daadwerkelijk voor is verzekerd (hoe, door wie en waar).

- aanvullende aanspraken bij behandeling en verblijf in dezelfde instelling (artikel 15)
- vervoer
- gebruik verpleegartikelen
- doventolkzorg
- prenatale zorg
- onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten
- vaccinaties.

Met ingang van 2009 is het verzekerde pakket op verschillende punten gewijzigd. Hieronder een opsomming van de belangrijkste wijzigingen:

- het basispakket is uitgebreid met de behandeling van ernstige dyslexie van kinderen die op 1 januari 2009 zeven en acht jaar zijn;
 - de eigen bijdrage voor psychotherapie is vervallen;
- De volgende voorzieningen zijn uit het basispakket geschrapt:
- slaap- en kalmeringsmiddelen, met uitzondering van enkele indicaties;
 - middelen ter behandeling van erectiestoornissen;
 - duurdere cholesterolverlagende middelen, in het geval conform de richtlijn van de beroepsgroep kan worden volstaan met een goedkoper middel;
 - aan de functiebeperking aangepaste stoelen, voor zover het stoelen met uitsluitend een sta-opfunctie betreft;
 - allergeenvrije en stofdichte bedhoezen;
 - faxapparatuur voor auditief gehandicapten.

Op het terrein van de AWBZ is het verzekerde pakket met ingang van 2009 als volgt gewijzigd:

- de functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling zijn omgevormd tot twee nieuwe functies: begeleiding en behandeling.
- de grondslag psychosociaal probleem is helemaal uit de AWBZ verdwenen. De hulp voor deze groep (bijvoorbeeld dak- en thuislozen zonder ernstig regieverlies) is ondergebracht bij de gemeenten.

1.b. Zorguitgaven en -financiering

In 2009 kosten de zorg die ten laste van de Zvw en AWBZ komt naar verwachting ongeveer € 56,4 miljard. De Zvw neemt 59% van de uitgaven voor zijn rekening. In de tabel hieronder ziet u de verdeling van de totale uitgaven over de Zvw en AWBZ.

Zorguitgaven 2009

bron: Rijksbegrotingen 2009; 1 = € 1 miljard

AWBZ

Verpleging en verzorging	12,0	21%
Gehandicaptenzorg	5,6	10%
Geestelijke gezondheidszorg	1,3	2%
Persoonsgebonden budget	1,9	3%
Overige uitgaven + eigen betalingen (ongespecificeerd)	2,6	5%
Totaal uitgaven AWBZ	23,4	41%

Zvw

Eerstelijnszorg	4,0	7%
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	16,8	30%
Geneesmiddelen en hulpmiddelenzorg	6,7	12%
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3,2	6%
Overige uitgaven + eigen betalingen (ongespecificeerd)	2,4	4%
Totaal uitgaven Zvw	33,0	59%

Totale uitgaven Zvw en AWBZ **56,4** **100%**

Tegenover uitgaven staan ook inkomsten. Deze inkomsten bedragen in 2009 naar verwachting € 58 miljard, te weten € 23,7 miljard voor de AWBZ en € 34,3 miljard voor de Zvw

Financiering van de Zorguitgaven

bron: Rijksbegrotingen 2009; 1 = € 1 miljard

AWBZ

Procentuele premies AWBZ	21,5	37%
Eigen betalingen AWBZ	1,6	3%
Rijksbijdragen, overige inkomsten AWBZ	0,6	1%
Totaal financiering AWBZ	23,7	41%

Zvw

Inkomensafhankelijke bijdragen Zvw	17,0	29%
Nominale premie Zvw	13,8	24%
Rijksbijdragen, overige inkomsten	2,1	4%
Eigen betalingen Zvw	1,4	2%
Totaal financiering Zvw	34,3	59%

Totaal financiering via AWBZ + Zvw **58,0** **100%**

Voor de goede orde merkt het CVZ hierbij op dat de uitgaven en financiering niet sluitend zijn omdat deze deels ook betrekking hebben op voorgaande jaren.

Bijlage 2: Afkortingenoverzicht

ACP	Adviescommissie Pakket
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Bza	Besluit zorgaanspraken AWBZ
Bzv	Besluit zorgverzekering
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CFH	Commissie Farmaceutische Hulp
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HBOT	Hyperbare zuurstoftherapie
HNP	Hernia nucleii pulposi
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IO	Inductie ovulatie
IUI	Intra uteriene inseminatie
IVF	In-vitrofertilisatie
MRA	Mandibulair repositie apparaat
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NTCP	Normal Tissue Complication Probability
NTvG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
OSAS	Obstructieve slaapapneu syndroom
PTED	Percutane transforaminale endoscopische discectomie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Rzv	Regeling zorgverzekering
SER	Sociaal Economische Raad
SZW	Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZIP	Zorginnovatieplatform
ZonMw	Zorg Onderzoek Nederland Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 3: Ledenlijst Adviescommissie Pakket

1. Mevrouw prof.dr. I.D. de Beaufort
2. De heer dr. C. Smit
3. De heer prof.dr. G.J. van der Wilt
4. De heer drs. M.C. Dekker
5. Mevrouw drs. F.C. Giskes
6. De heer prof.dr. J. Kievit
7. De heer dr. P.C. Hermans
8. De heer dr. A. Boer
9. Mevrouw H.B.M. Grobbink CCMM